



REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES



REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

16189

FONDÉE ET PUBLIÉE PAR

Le Docteur Jules CHÉRON

Médecin de Saint-Lazare

Professeur libre de gynécologie (École pratique), Docteur ès sciences, Officier de la Légion d'honneur, Officier de l'Instruction Publique, Membre de la Société de Médecine de Paris, Lauréat de l'Institut (physiologie expérimentale), Lauréat de la Faculté de Médecine (prix Barbier), etc.

AVEC LA COLLABORATION SCIENTIFIQUE DE MM. LES DOCTEURS :

JOSEPH BERRUTI
Agrégé à la Faculté de Médecine, Professeur à l'Université Royale de Turin.
DEMBO
de Saint-Pétersbourg.
R. FAUQUEZ
Médecin-adjoint de Saint-Lazare,
HÉLOT
Chirurgien chef des Hôpitaux de Rouen
LÉON LABBÉ
Professeur agrégé de la Faculté de Paris, Membre de l'Académie de Médecine, Chirurgien de l'Hôpital Beaujon.

LANELONGUE
Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Bordeaux.

LE PILEUR
Médecin de Saint-Lazare.

PÉAN
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis.

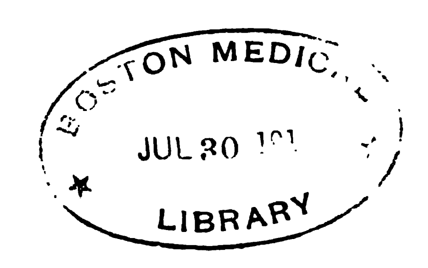
E. VERRIER
ancien préparateur des cours d'accouchement à la Faculté de Médecine de Paris.

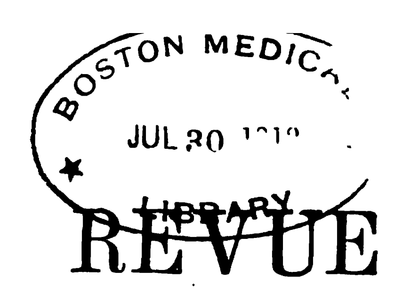
TOME DOUZIÈME

PARIS
CHEZ COCCOZ, LIBRAIRE-ÉDITEUR
11, RUE DE L'ANCIENNE-COMÉDIE, 11

—

1890


BOSTON MEDIC
JUL 30 191
LIBRARY



REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE DES MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

I. — Classification des péritonites ; conclusions prophylactiques et thérapeutiques à tirer de cette classification.

I. Dans un court mémoire qui vient de paraître (1), M. Bumm (de Wurzbourg) classe de la façon suivante les péritonites, en prenant l'étiologie pour point de départ de sa classification :

« 1. — Péritonite aseptique (simple de bonne nature). Cette variété, dit-il, est provoquée, *en dehors d'une participation active des bactéries*, par irritation mécanique, chimique et thermique. Elle est caractérisée par sa tendance aux exsudations fibrineuses et aux adhérences entre les feuillets séreux ; en général, elle reste circonscrite, bien qu'elle soit susceptible de généralisation, quand l'irritation intéresse tout le péritoine.

2. — Péritonite septique :

a) *P. à streptococcus.* — Celle-ci est habituellement déterminée par l'infection puerpérale, mais elle peut aussi dépendre de l'ouverture de foyers septiques dans le péritoine, d'infections survenues durant les opérations, etc.

b) *P. putride.* — Elle survient après des laparotomies et consécutivement à la perforation d'organes creux de l'abdomen.

(1) *Annales d'Obst. et de Gynécol.*, janvier 1890, p. 7.

3. — Inflammation spécifique du péritoine :

Dans cette catégorie, la péritonite *tuberculeuse* doit figurer au premier rang.

Existe-t-il une péritonite *gonorrhéique* ? La chose est douteuse, les microbes de la gonorrhée ne possèdent d'action pathogène que sur les membranes muqueuses et mourant dans les cavités séreuses. Le pus gonorrhéique qui, des kystes tubaires rompus, fait irruption dans la cavité péritonéale, n'y agit habituellement qu'à la manière d'un corps étranger aseptique. Il s'y enkyste. Les choses se passent un peu différemment quand le pus tubaire, à l'origine purement gonorrhéique, contient, grâce à une infection mixte, des germes pyogènes. Dans ce cas, l'irruption du pus peut être l'origine d'une péritonite aseptique.

Bien que cette classification, de l'aveu même de l'auteur, n'ait pas la prétention d'être définitive, elle était intéressante à reproduire et elle mérite d'être acceptée dans ses lignes principales.

Laissant de côté les péritonites putrides consécutives à des laparotomies ou à des perforations d'organes creux de l'abdomen, et laissant aussi de côté pour aujourd'hui les péritonites tuberculeuses, nous voyons tout d'abord que les péritonites aseptiques doivent constituer la grande majorité des cas de péritonite, si nous admettons que la péritonite aseptique soit caractérisée par la formation d'exsudats fibrineux et d'adhérences entre les feuillets séreux en même temps que par la tendance de l'inflammation à rester localisée autour de son foyer d'origine. Tous les auteurs sont en effet d'accord pour proclamer que la pelvipéritonite séro-adhésive est beaucoup plus fréquente que toutes les autres.

Nous voilà donc amenés à cette première conclusion qu'on a exagéré, dans ces dernières années, le rôle de l'infection dans la pathogénie des pelvi-péritonites.

Dans le travail dont je viens de citer quelques lignes, M. Bumm ne nous dit pas ce qu'il entend par péritonite due à une irritation thermique ; ce point aurait mérité quelques développements.

Les périmétrites par irritation mécanique sont mieux connues; ce sont, croyons-nous, les périmétrites localisées autour de fibro-

myomes ou de tumeurs malignes de l'utérus et des annexes ; elles comprennent aussi un certain nombre des périmétrites qui compliquent certaines déviations utérines et les rendent irréductibles.

Cette variété de péritonites aseptiques est déjà assez fréquente mais elle l'est beaucoup moins que la troisième variété, qui comprend les péritonites par irritation chimique, c'est-à-dire déterminées par l'issue dans le péritoine des sécrétions irritantes (mais non septiques) des trompes de Fallope enflammées. Par suite, les hydro-salpinx, les hémo-salpinx ne donnent naissance qu'à des péritonites séreuses, d'un pronostic presque toujours favorable.

Il n'y a jusqu'ici rien de bien nouveau. Mais, ce qui est plus intéressant, c'est ce que nous dit M. Bumm de la péritonite gonorrhéique. D'après lui, les microbes de la gonorrhée ne possèdent d'action pathogène que sur les membranes muqueuses et meurent dans les cavités séreuses, si bien que le pus d'un kyste tubaire, dans le cas de salpingite blennorrhagique non compliquée, peut faire irruption dans le péritoine sans causer d'accidents graves. Or, nous savons très bien, par les recherches déjà anciennes de Bernutz, confirmées par les recherches récentes de Noeggerath que la grande majorité des salpingites purulentes survenues en dehors de la puerpéralité sont des salpingites blennorrhagiques.

L'assertion de M. Bumm sur la faible gravité des péritonites consécutives à des salpingites gonorrhéiques ne doit pas nous étonner, si nous réfléchissons à ce fait, déjà maintes fois constaté par M. Cornil, que les gonocoques de Neisser vivent difficilement dans les trompes et ne tardent pas à y mourir. En effet, dans aucun des cas de salpingites et de kystes tubaires qu'il a examinés au point de vue bactériologique, cet auteur n'a pu déceler la présence des gonocoques qui vraisemblablement avaient été la cause de l'affection ; il explique cette contradiction apparente en faisant remarquer que ses recherches ont porté exclusivement sur des trompes enflammées depuis plusieurs années au moins et en insistant sur les conditions, fâcheuses pour leur vitalité, dans lesquelles se trouvaient les gonocoques une

fois arrivés dans les trompes, car celles-ci deviennent au bout de peu de temps de véritables cavités closes.

Les salpingites blennorrhagiques abandonnées à elles-mêmes ne présentent donc pas autant de danger qu'on s'est plu à le dire, dans ces dernières années, depuis que la salpingectomie est à la mode. Bien plus, s'il est vrai, ainsi que le croient tous les gynécologistes, que le plus grand nombre des pyo-salpingites ne soient pas autre chose que des salpingites gonorrhéiques, on serait mal fondé à nous dire : Nous n'opérons désormais que les cas de salpingite dont la nature purulente nous semble démontrée, mais ceux-là, nous croyons qu'il faut toujours les opérer, car ils sont une menace continuelle pour le péritoine, et la vie de la malade est sans cesse compromise à partir du jour où il existe une pyo-salpingite.

Au nom de l'observation et de la clinique traditionnelle, mon savant maître, M. le Dr Jules Chéron, s'était déjà prononcé très catégoriquement contre la tendance de quelques chirurgiens à assombrir outre mesure le pronostic des salpingites et des pelvi-péritonites ; les recherches bactériologiques que je viens de rappeler viennent fournir des arguments nouveaux à sa manière de voir. Il est bon d'ajouter que les gynécologistes étrangers, après avoir, pendant quelques années, opéré indistinctement tous les cas de salpingite qu'ils observaient, sont aujourd'hui revenus de leur erreur et montrent une réserve plus sage et mieux en rapport avec la gravité minime de cette affection.

Telles sont les conclusions pronostiques et thérapeutiques auxquelles conduit, à notre avis, la discussion de la classification des péritonites que M. Bumm nous propose d'accepter. De cette même classification on peut et on doit tirer des conclusions d'une importance non moins grande en ce qui concerne la prophylaxie des périmétrites.

Jusqu'à ces dernières années, les auteurs qui faisaient autorité en gynécologie nous avaient enseigné que tout traitement local, toute opération portant sur l'utérus, l'emploi de l'hystérométrie elle-même et des diverses médications intra-utérines : dilatation,

cautérisation, raclage, etc., étaient formellement interdits tant que l'on constatait des traces d'une phlegmasie péri-utérine : salpingo-ovarite, pelvi-péritonite ou cellulite pelvienne. Ils avaient constaté en effet que, dans ces conditions, l'intervention la plus innocente en temps habituel pouvait donner naissance à des complications graves du côté du péritoine. Nous savons maintenant que c'était le manque de précautions antiseptiques qui rendait cette intervention dangereuse et nous sommes beaucoup moins hésitants à traiter l'utérus, siège de l'infection primitive et point de départ des recrudescences inflammatoires et des récidives des salpingites et des périmétrites. Nous avons vu dernièrement trois cas de salpingo-péritonites subaigus guérir en quelques jours sous l'influence du raclage pratiqué par M. le Dr Chéron. Ces observations seront publiées dans un des prochains numéros. Cette thérapeutique nouvelle n'est innocente qu'à la condition que le gynécologiste saura mettre en œuvre l'asepsie la plus rigoureuse dans son intervention. Autrement, comme le dit avec raison M. Bumm, il aggraverait la situation de la malade et, en permettant l'introduction de germes pyogènes dans les trompes de Fallope, il l'exposerait aux conséquences graves d'une péritonite septique dont elle n'était nullement menacée auparavant.

JULES BATUAUD.

PELVI-PÉRITONITE OU PÉRI-MÉTRITE

Par M. le Dr Jules CHÉRON, médecin de Saint-Lazare.

(Suite).

—

3° Le traitement des complications des périmétrites chroniques ne comporte qu'une brève discussion après ce que nous savons déjà.

Le traitement des troubles fonctionnels du système digestif, tympanisme abdominal, constipation, nausées, vomissements, etc., ne diffère nullement en effet du traitement des mêmes complications dans la périmétrite aiguë.

Quant aux complications locales, les exacerbations sub-aiguës réclament l'emploi des mêmes moyens hygiéniques et thérapeutiques qui sont applicables au traitement de la périmétrite aiguë séro-adhésive, arrivée à sa seconde période, c'est-à-dire une fois l'orage des premiers jours calmé et le travail inflammatoire nettement circonscrit. La suppuration qui survient quelquefois dans les périmétrites chroniques donnerait lieu aux mêmes discussions, qu'il serait oiseux de répéter, sur le meilleur mode d'évacuation de la collection purulente suivant son siège et suivant la gravité du cas.

Du côté de l'utérus, une fois la résolution obtenue, il reste des lésions inflammatoires et des lésions de situation. Contre les premières, le raclage de la cavité utérine et l'ignipuncture profonde du col sont les moyens les plus propres à ramener la matrice à son état normal. Quant aux déviations qui persistent après la guérison de la périmétrite, c'est par l'emploi des douches rectales, du massage, du redressement graduel par la position (position génu-pectorale pour les déviations postérieures particulièrement), des pessaires, de la réduction manuelle, etc., etc., que l'on pourra les attaquer avec succès ; mais ce serait trop nous écarter de notre sujet que de discuter, avec les détails nécessaires, les indications du traitement des déviations utérines avec adhérences, derniers vestiges d'une ancienne pelvi-péritonite.

3. — *Traitement de la périmétrite tuberculeuse.*

Au point de vue thérapeutique, il est nécessaire de séparer complètement les périmétrites tuberculeuses en primitives et secondaires.

Le gynécologiste n'a que rarement l'occasion de soigner les périmétrites tuberculeuses secondaires, c'est-à-dire survenant à une période plus ou moins avancée de la phtisie pulmonaire. On comprend que ces cas sont presque au-dessus des ressources de l'art. Une intervention radicale ne saurait être proposée : les jours de la malade sont comptés, elle doit, soit un peu plus tôt, soit un peu plus tard, mourir de par ses lésions pulmonaires ;

pratiquer une laparotomie dans de semblables conditions, ce serait non seulement faire une opération inutile mais encore donner un coup de fouet à la tuberculose pulmonaire et s'exposer à hâter la mort en faisant éclore une phtisie aiguë ou une méningite dont l'issue fatale ne se ferait pas attendre. De l'avis de tous les observateurs sérieux, on doit au contraire, dans tous les cas où la tuberculose génitale survient à une période avancée de la tuberculose pulmonaire, se borner à un traitement palliatif aussi restreint que possible et éviter tout au moins les médications perturbatrices et trop actives. C'est ainsi qu'on se montrera très réservé dans l'emploi des émissions sanguines locales, dans l'usage des résolutifs internes qui sont indiqués dans les autres formes de périmétrites. On ne devra même pas recourir aux irrigations chaudes prolongées qui, en décongestionnant le bassin, pourraient augmenter la congestion pulmonaire et devenir ainsi une cause d'aggravation des lésions des poumons. On devra donc à peu près se borner aux révulsifs appliqués sur la paroi abdominale et en particulier à la révulsion obtenue au moyen des pointes de feu, pendant qu'on insistera au contraire sur l'emploi de tous les moyens, que je n'ai pas à discuter ici, aptes à enrayer le développement de la tuberculose pulmonaire. Quelque nettement qu'on sente la fluctuation, je ne crois pas utile, contrairement à l'opinion de quelques auteurs, d'ouvrir artificiellement la collection purulente ; bien plus lorsque des fistules se sont produites spontanément, je ne pense pas qu'il faille essayer de les tarir en toute hâte ; c'est un exutoire dont la suppression brusque pourrait n'être pas sans inconvénients, aussi je me contente de pratiquer, dans ces cas, des lavages antiseptiques du rectum, du vagin ou de la vessie, suivant l'organe dans lequel l'abcès tuberculeux s'est ouvert, sans traiter directement cet abcès lui-même. En un mot, dans la première catégorie de faits que nous étudions, le gynécologiste doit céder le pas au médecin et rechercher avant tout à ne pas accélérer la marche de la tuberculose pulmonaire.

La périmétrite tuberculeuse primitive, c'est-à-dire la tubercu-

lose génitale sans tuberculose pulmonaire est susceptible d'être traitée plus radicalement dans un certain nombre de cas.

Si la lésion est bien limitée aux annexes et n'atteint le péritoine que sur une étendue médiocre, si l'état général est bon, si en particulier il n'y a pas de phénomènes fébriles, une intervention radicale est possible et a des chances sérieuses de donner de bons résultats. C'est dans ces conditions favorables, que l'on ne rencontre que très exceptionnellement, il faut bien l'avouer, qu'il est indiqué d'avoir recours à la laparotomie, de procéder à l'ablation des trompes et des ovaires tuberculeux, au besoin à la résection d'une partie d'épiploon adhérente et infiltrée de tubercules, au lavage du péritoine, etc., en un mot d'enlever tous les tissus malades. Pour peu que l'opération ait présenté de difficultés, il sera bon de faire une contre-ouverture par le vagin et d'utiliser le drainage abdomino-vaginal qui rend les plus grands services dans les faits de ce genre. Le cas le plus heureux que l'on connaisse actuellement appartient à Hégar (1) ; c'est celui d'une malade qui gardait le lit depuis 1 an 1/2 et qui 5 ans après l'opération se portait bien et n'avait pas de tuberculose pulmonaire. Malheureusement l'opération est loin de donner toujours de pareils succès. M. Daurios (2) a, dans une très bonne thèse, réuni 24 observations de salpingite tuberculeuse dans lesquelles on est intervenu par la laparotomie ; voici le résumé de ces cas :

3 fois on s'est borné à une laparotomie exploratrice et les malades semblent cependant avoir bénéficié de l'opération : une est guérie (Hégar), une améliorée (Chandelux), et une stationnaire (Spœth).

4 fois on s'est trouvé en présence de tumeurs très volumineuses, avec des adhérences énormes, rendant l'opération très longue et d'une difficulté considérable. Il y a eu :

1 survie de 4 mois (Jeannel).

1 survie de 3 mois (Spœth).

1 survie de 5 semaines (Weststone).

(1) Genital tuberculose des Weibes.

(2) Etude clinique et traitement chirurgical de la tuberculose génitale chez la femme, th. de Paris 1889.

1 mort le lendemain (Kotschau).

Enfin, dans 17 cas, l'opération s'étant faite dans de bonnes conditions (lésion peu avancée, état général bon, etc.), les résultats ont été :

1 cas de bonne santé au bout d'un an.

1 cas de bonne santé au bout de 5 mois, perdue de vue depuis.

1 bien portante, rien aux poumons 5 ans après.

1 bien portante 2 ans 1/2, puis tuberculose pulmonaire.

1 bien portante 2 ans. Mort par phtisie.

1 bien portante au bout de 3 ans.

1 récidive de péritonite tuberculeuse après 2 ans de bonne santé.

10 n'ont pu être suivis ou sont opérés trop récemment.

1 cas de mort au 6e jour de péritonite septique, la tumeur s'étant déchirée au moment de l'opération.

Les conclusions à tirer de ces faits me semblent être les suivantes :

1° L'intervention, si elle est facile, c'est-à-dire dans les cas où nous la conseillons, peut rendre des services aux malades.

2° Lorsque l'état général est mauvais, que les tumeurs sont énormes et les adhérences sont très nombreuses, l'expectation est préférable à l'intervention ; la plus longue survie ayant été de 4 mois et une des malades étant morte le lendemain de l'opération.

3° Comment se fait-il que, dans des cas inopérables, la laparotomie exploratrice ait semblé avoir joué un rôle utile ? Dans l'état actuel de nos connaissances, il est impossible de donner une réponse scientifique à cette question.

Dans la seconde catégorie de faits que nous étudions, la périmétrite tuberculeuse, tout en étant primitive, présente les caractères d'une maladie générale, avec fièvre, sueurs nocturnes, cachexie rapide.

Dans ces conditions, il serait aussi illogique de tenter une intervention locale que de proposer l'excision d'une caverne pulmonaire.

Le rôle du gynécologiste doit donc se borner alors à traiter la

malade comme tuberculeuse par tous les moyens hygiéniques et médicamenteux dont l'utilité est démontrée dans la tuberculose en général. Comme traitement local, il utilisera la révulsion ignée, qui supprime la douleur et favorise la transformation fibreuse des tubercules ; si l'abcès s'ouvre dans le rectum, dans le vagin ou dans la vessie, on aura recours aux injections antiseptiques qui sont usitées en pareil cas et dont nous avons parlé à propos du traitement des périmétrites purulentes en général. Enfin, par dessus tout, on s'efforcera de relever les forces des malades, de leur rendre un peu d'appétit, de les alimenter et de prévenir et diminuer la cachexie tuberculeuse. C'est encore là que les transfusions hypodermiques de sérum artificiel aux sels de soude permettent de remplir les indications les plus importantes ; grâce à leur action puissante, il n'est pas défendu d'espérer que quelques malades au moins pourront reprendre des forces, que les fistules finiront par se tarir, et que, l'infection générale étant évitée par le lavage antiseptique des humeurs de l'économie, la guérison complète pourra être obtenue dans un petit nombre de cas.

CELLULITE PELVIENNE OU PELVI-CELLULITE

Paramétrite — Phlegmon ou Adéno-phlegmon pelvien

Par M. le Dr Jules Chéron, médecin de St-Lazare.

Il est peu de sujets qui aient donné lieu à des travaux plus importants et plus nombreux, à des discussions plus ardentes et à des théories plus diverses que celui de la cellulite pelvienne ou paramétrite ou phlegmon pelvien ou adéno-phlegmon pelvien.

Tandis que les uns, à la suite de Nonat, proclamaient la fréquence extrême de l'inflammation du tissu cellulaire pelvien et faisaient rentrer presque toutes les phlegmasies péri-utérines dans l'une des variétés du phlegmon du bassin (phlegmon du ligament large, phlegmon anté-utérin, phlegmon rétro-utérin, phlegmon péri-utérin), les autres, convaincus par les belles

recherches de Bernutz, affirmaient la rareté relative du phlegmon pelvien en général, niaient au nom de l'anatomie normale et de l'anatomie pathologique, l'existence du phlegmon rétro-utérin, admettant seulement la réalité du phlegmon du ligament large, et donnaient le premier rang, comme fréquence et comme importance, à la pelvi-péritonite. L'opinion de Bernutz avait à peu près fini par être admise par la plupart des gynécologistes et, si le phlegmon du ligament large n'était contesté par personne, le phlegmon rétro-utérin n'avait plus que de rares défenseurs, aussi le mot pelvi-péritonite était-il celui qui semblait devoir exprimer le mieux le siège de la plupart des phlegmasies péri-utérines. Cependant le phlegmon du ligament large lui-même avait été discuté et M. A. Guérin n'hésitait pas à dire que souvent, lorsqu'on croyait avoir affaire à un phlegmon du ligament large, avec plastron abdominal, il existait en réalité une adénite juxta-pubienne, tandis que le tissu cellulaire du ligament large était intact. Pour lui, le ligament large constitue une cavité absolument close et par suite, si le tissu cellulaire compris entre ses deux lames s'enflamme, le phlegmon doit rester toujours nettement localisé en ce point et ne pas s'étendre, ainsi que cela est presque la règle, au tissu cellulaire sous-abdominal, pour donner lieu au plastron abdominal. Enfin, dans ces dernières années, on a vu qu'un certain nombre de cas diagnostiqués phlegmons du ligament large n'étaient autre chose que des salpingo-ovarites, un gros kyste tubaire pouvant donner la sensation du plastron abdominal jusque là considéré comme pathognomonique de ce phlegmon ; on a constaté aussi que les annexes enflammées, prolabées et adhérentes dans le cul-de-sac de Douglas pouvaient très bien simuler un phlegmon rétro-utérin. C'était une raison de plus pour nier, comme l'avait fait Bernutz, l'existence de cette dernière variété de phlegmon pelvien.

La pathogénie de la cellulite pelvienne n'a pas été moins diversement interprétée par les auteurs. L'inflammation par contiguïté de tissus, la phlébite, l'adéno-lymphangite ont été tour à tour invoquées. Cependant, il faut bien dire qu'un certain nombre d'autopsies avaient si nettement mis en relief le rôle des

lymphatiques, que la plupart des gynécologistes français se rattachaient à la théorie de la propagation de l'inflammation utérine au tissu cellulaire pelvien par l'intermédiaire des lymphatiques, malgré la grande autorité de Trousseau, qui avait défendu la théorie veineuse. Toute question de pathogénie mise de côté, il y eut du reste des auteurs qui comme Courty, en 1881, et plus récemment Martin (de Berlin), décrivirent comme des affections distinctes le phlegmon pelvien d'une part et l'adénite pelvienne d'autre part. Chose curieuse ! alors que les premières autopsies bien nettes d'adéno-lymphangite péri-utérine sont précisément des cas puerpéraux, ainsi que le prouvaient les observations citées dans la thèse de M. Lucas-Championnière (1), M. Martin (de Berlin) (2) croit au contraire, que l'adénite péri-utérine, qu'il proclame très fréquente, n'est jamais d'origine puerpérale.

De même que l'étiologie, le traitement du phlegmon pelvien n'a pas donné lieu à des opinions moins divergentes, mais c'est assez de cet exposé sommaire pour démontrer combien de fluctuations a subies la question qui nous occupe, depuis le mémoire de Grisolle (3), en 1834, jusqu'à nos jours, et combien il était difficile de s'entendre sur ce sujet. C'est pourquoi, ainsi que je l'ai rappelé dans le chapitre de l'*Etat actuel de la question des phlegmasies péri-utérines*, on en était arrivé à laisser de côté le diagnostic différentiel des salpingo-ovarites, des périmétrites ou pelvi-péritonites, des paramétrites ou cellulites pelviennes ou phlegmons pelviens ou adéno-phlegmons pelviens et à décrire en bloc toutes les inflammations péri-utérines. Malgré les incertitudes qui règnent encore sur quelques points de détail, je crois cependant qu'il est possible aujourd'hui d'établir un tableau suffisamment exact de l'adéno-phlegmon pelvien et je vais tenter de faire ce tableau pour la paramétrite comme je l'ai déjà fait pour les salpingo-ovarites et les périmétrites. Enfin, pour terminer, j'essaierai de mettre en relief les caractères différentiels

(1) *Thèse* de Paris 1870, et *Archives de tocologie*, 1875.

(2) Traité clinique des mal. des femmes, trad. franç. Paris 1889, p. 488.

(3) Mémoire sur le phlegmon de la fosse iliaque. *Arch. de méd.* 1834.

de ces trois groupes d'affections péri-utérines, sous forme de tableau synoptique.

Le tissu cellulaire de la cavité pelvienne peut s'enflammer consécutivement à des phlegmons des régions circonvoisines. C'est ainsi qu'on peut observer une cellulite pelvienne *secondaire* dans le cours des abcès périnéphrétiques, des pérityphlites, des phlegmons de la fosse iliaque, des psoïtis suppurées, mais cet ordre de faits rentre légitimement dans la grande classe des phlegmons abdominaux, décrite par Dupuytren (1), et n'est pas du ressort de la gynécologie.

Parmi les cellulites *d'origine génitale*, il en est un certain nombre qui ne sont que la propagation d'une inflammation des annexes et du péritoine ; c'est ainsi que, dans beaucoup de pelvi-péritonites, surtout dans les pelvi-péritonites purulentes, le tissu cellulaire est plus ou moins atteint ; néanmoins, dans ce cas, c'est la périmétrite qui constitue l'affection principale, la cellulite est pour ainsi dire négligeable. De même, il existe quelquefois un phlegmon du ligament large consécutivement à une pyo-salpingite ; le kyste tubaire, en se développant, supprime le méso-salpinx et la trompe distendue vient directement en contact avec le tissu cellulaire situé entre les deux lames du ligament large. On comprend que, dans ces conditions, l'inflammation de la paroi tubaire puisse se propager, sur une hauteur variable, au tissu cellulaire ; bien plus, un véritable phlegmon du ligament large peut survenir si une rupture de la trompe détermine l'épanchement d'une certaine quantité de pus à l'intérieur de ce même ligament large. La même remarque est applicable aux ovarites suppurées. Il ne s'agit pas là d'une simple vue de l'esprit et ce mode de formation du phlegmon du ligament large a été pris sur le fait en quelque sorte, dans plusieurs autopsies, notamment dans celle qui termine l'observation VIII de Bernutz (2). Néanmoins, dans un grand nombre de pelvi-péritonites et dans un grand nombre de salpingo-ovarites le tissu cellulaire pelvien est

(1) Dupuytren. *Leçons orales,* t. III, p. 510.
(2) Bernutz et Goupil, *loc. cit.,* t. II, p. 73.

tout à fait indemne de toute lésion inflammatoire et, lorsqu'il n'est atteint que d'une façon accessoire, c'est l'affection péritonéale ou la lésion des annexes qui domine la situation. Il nous suffit par conséquent d'avoir signalé l'existence de cette seconde variété de cellulite pelvienne et nous devons consacrer notre description aux cellulites *d'origine utérine* qui constituent la variété réellement importante à connaître. C'est en effet, dans les cas seulement où la cellulite, ou mieux l'adéno-phlegmon, dérive directement d'une lésion de l'utérus, sans propagation concomitante aux annexes et au péritoine pelvien, qu'elle possède une symptomatologie bien nette et réclame un mode de traitement spécial.

Nous laisserons donc de côté les cellulites secondaires à des phlegmons abdominaux d'une part et les cellulites secondaires à des pelvi-péritonites d'autre part pour nous occuper uniquement des cellulites directement d'origine utérine.

a. Etiologie des cellulites pelviennes : lymphadénites et adéno-phlegmons pelviens.

On admet actuellement que toute cellulite, toute lymphadénite, tout adéno-phlegmon est dû à la résorption de matières septiques, que ces matières septiques aient pénétré directement dans la région qui est le siège du phlegmon ou qu'elles aient été puisées dans un point plus ou moins éloigné et transportées au niveau du phlegmon par l'intermédiaire des veines ou plus souvent des lymphatiques. Ces données sont applicables à l'étiologie de la cellulite pelvienne ; et, comme la pénétration directe des matières septiques dans le tissu cellulaire du bassin ne peut avoir lieu que dans des cas exceptionnels, on voit de suite le rôle important que doit jouer l'adéno-lymphangite péri-utérine dans la pathogénie de cette cellulite ; la démonstration sera complète quand nous aurons établi que la phlébite n'existe pas dans tous les cas et que la lymphangite, au contraire, est une lésion constante.

Nous pouvons donc dire déjà que la cellulite pelvienne a toujours pour point de départ une lésion septique du vagin ou de l'u-

térus, en restreignant notre sujet, ainsi que nous l'avons dit, aux cellulites qui ne sont secondaires ni à des phlegmons abdominaux, ni à des salpingo-ovarites. Mais tandis que ce sont les lésions de la cavité utérine qui se propagent aux trompes et de celles-ci aux ovaires et au péritoine (voie muqueuse), ce sont les lésions du vagin, du col et du canal cervical qui donnent lieu à l'adéno-phlegmon péri-utérin (voie lymphatique.) La voie muqueuse était suivie par l'infection dans les deux premiers groupes de phlegmasies péri-utérines que nous avons étudiées ; dans le troisième, au contraire, ce sera la voie lymphatique qui se chargera de la transporter hors de l'utérus.

A l'époque où l'antisepsie obstétricale était inconnue, la cellulite pelvienne d'origine puerpérale devait être fréquente, puisqu'il existe fréquemment, au moment de l'accouchement ou de l'avortement, des déchirures du col, des éraillures du vagin, des déchirures plus ou moins étendues du périnée constituant autant de plaies qui sont exposées à devenir septiques. Et en effet, à cette époque où l'on pratiquait très peu d'opérations sur l'utérus, c'étaient surtout les cellulites puerpérales qu'on observait, et Bernutz (1) nous dit que, sur 20 phlegmons du ligament large qu'il a soignés, 17 étaient puerpéraux et étaient survenus du 2e au 20e jour après un accouchement ou un avortement. Guéneau de Mussy (2) avait poussé plus loin l'analyse de cet ordre de faits et il avait démontré que de même que les déchirures du col sont beaucoup plus fréquentes du côté gauche, de même le phlegmon du ligament large gauche est beaucoup plus fréquent que celui du ligament large droit.

Actuellement on évite, dans la plupart des accouchements, l'infection des plaies utérines et vaginales ; ce n'est guère que dans les accouchements laborieux, surtout lorsqu'il y a eu rétention plus ou moins prolongée des membranes ou de placenta, lorsque le fœtus était macéré au moment de son expulsion, lorsqu'on a été obligé d'introduire la main dans l'utérus, etc., en un mot dans les accouchements ou les avortements anormaux, qu'on

(1) *Loc. cit.*
(2) Phlegmons des ligaments larges (*Archiv. gén. de méd.*, 1867, p. 129.

voit encore de temps en temps un phlegmon péri-utérin venir compliquer les suites de couches. En revanche, le nombre des explorations et des interventions chirurgicales portant sur l'utérus s'étant considérablement élevé, on doit s'attendre à voir augmenter la fréquence des cellulites survenant en dehors de l'état puerpéral.

Une des plus anciennes observations de phlegmon du ligament large non puerpéral est un cas rapporté par Trousseau (1), dans lequel un phlegmon du ligament large compliqué de phlegmon de la fosse iliaque, de psoïtis, d'arthrite coxo-fémorale suppurée, etc., et terminé par la mort fut consécutif à une cautérisation du col au fer rouge. Ce qui prouve bien l'importance des précautions antiseptiques dans cette opération, c'est que j'ai pratiqué un grand nombre d'ignipunctures profondes du col sans accidents tandis que les cautérisations les plus superficielles étaient souvent suivies de cellulites pelviennes alors que les précautions dont je parle étaient négligées. De simples cautérisations avec le crayon de nitrate d'argent, l'emploi des éponges préparées, l'hystérométrie, les discissions du col, les redressements forcés de l'utérus ont également été notés comme cause d'adéno-phlegmons pelviens. Il en est de même de l'excision conique du col, dans le cas de sténose, et Schrœder (2) dit avoir observé, après son opération, peu d'inflammations périmétriques franches, mais par contre avoir vu nombre d'exacerbations de phlogoses péri ou para-métriques anciennes. Le raclage de la cavité utérine pourrait lui-même donner lieu à des paramétrites d'après M. Cantin (3) ; il est vrai que dans les observations qu'il rapporte et qui ont été recueillies dans le service de M. Trélat, le curettage était précédé ou suivi de dilatations répétées avec la laminaire ou les bougies de Hégar et que ces dernières dilatations devraient plutôt être incriminées à notre avis, surtout quand elles ont été pratiquées trop près de l'époque des règles, alors que

(1) Clinique, p. 683.

(2) Maladies des organes génitaux de la femme, trad. franc., Bruxelles, 1886, p. 77.

(3) Des lymphangites péri-utérines non puerpérales, *th. de Paris*, 1889.

l'utérus était en quelque sorte en imminence inflammatoire. A ce moment en effet, l'utérus est toujours plus ou moins congestionné, et l'on sait que les troubles préalables de la circulation dans un organe favorisent à un haut degré l'action pathogène des organismes inférieurs.

Enfin, l'adéno-phlegmon péri-utérin survient spontanément, à l'état de vacuité, dans les endométrites ulcéreuses du col et tout à fait exceptionnellement dans les fièvres graves, telles que la variole, ainsi que semble le prouver une observation de Simon (1). Il suffit qu'il existe, dans le col ou dans le canal cervical, une lésion septique qui spontanément détruise l'épithélium sur une étendue plus ou moins grande pour qu'il puisse en résulter une lymphangite péri-utérine et finalement un phlegmon pelvien. En un mot, ainsi que je le disais au début de cet exposé de l'étiologie de la paramétrite, toute lésion septique du vagin ou du col de l'utérus peut donner lieu à la cellulite pelvienne. Quant aux cas peu fréquents où cette affection a été observée chez des vierges, ils ne sont nullement en contradiction avec cette loi, puisque l'on sait très bien actuellement que les vulvo-vaginites des enfants sont de nature infectieuse.

(*A suivre.*)

NOTE SUR QUELQUES AFFECTIONS UTÉRINES

Traitées par le massage

Par le Dr Ernest Leblond (2).

Depuis bientôt deux ans que je m'occupe de massage utérin, je suis arrivé à recueillir un certain nombre d'observations intéressantes. Je ne prétends nullement avoir obtenu des résultats auxquels d'autres n'auraient pu arriver; mais comme le massage de l'utérus a été tenu longtemps, chez nous, en dehors des pratiques que l'on ne peut faire sans rougir, je viens apporter le ré-

(1) *Bull. de la Soc. Anat.*, mai et juin 1858, n° 20, p. 234.

(2) Communication à la Société de médecine pratique.

sultat de mes expériences personnelles à ce sujet et montrer tout le parti que l'on peut tirer du massage de la matrice.

Dans les cas de déviation de l'utérus soit en avant, soit en arrière, le massage rend d'incontestables services ; voici une observation sur un cas de rétroversion : il s'agit d'une dame M..., mariée depuis dix ans : elle a eu trois enfants venus à terme, et ensuite deux fausses couches dont la dernière suivie de pelvi-péritonite ; depuis lors, c'est-à-dire depuis 5 ans, cette dame souffrait dans les reins, le bas-ventre, les cuisses : elle présentait les signes d'une endométrite ancienne avec pertes d'un liquide blanc-jaunâtre, épais : le col est rouge, congestionné, l'utérus est abaissé en rétroversion et immobilisé. Mme M. a essayé de différentes sortes de pessaires qui ne l'ont jamais soulagée. J'ai pratiqué 20 séances de massage non seulement du corps de l'utérus que j'ai mobilisé, mais encore des annexes. Les premières séances ont été très douloureuses : à la cinquième ou sixième, ma malade a accusé, à un moment donné, une violente douleur dans le côté gauche avec sensation de déchirement : des adhérences s'étaient-elles rompues ? c'est probable. J'ai prescrit le repos pendant trois jours, avec cataplasmes, injections tièdes, bains, et le traitement n'a pas été autrement entravé.

Chose à remarquer, c'est que, au toucher et à l'examen au spéculum, il était facile de constater que l'utérus était remonté d'au moins deux centimètres et que l'angle formé par la rétroversion avait presque entièrement disparu. Enfin, depuis six mois que j'ai traité Mme M., elle ne souffre plus pour avoir ses règles ; le moral, qui était déprimé, est maintenant excellent, et ma cliente peut faire sans aucun inconvénient de grandes courses à pied avec ses enfants.

Le massage, cela est certain, ne doit pas être pratiqué sur un utérus gravide ; cependant, je dois avouer qu'il m'est arrivé de le faire sans le savoir dans des cas de grossesse au début, sans qu'il soit survenu d'accident ; et, comme il est nécessaire que les manœuvres soient douces, on ne s'exposera pas ainsi à voir des malades faire des fausses couches.

Mais j'ai pratiqué le massage des ligaments chez une jeune

femme de 20 ans, Mme B., rue Toricelli, mariée depuis onze mois et qui avait eu, trois mois après son mariage, une fausse couche suivie de pelvi-péritonite : cette pelvi-péritonite avait laissé des adhérences ; car Mme B., qui était enceinte de nouveau de près de quatre mois, en éprouvait des douleurs insupportables qui devaient être occasionnées par le tiraillement opéré sur ses adhérences par le développement de son utérus. Le massage des ligaments a eu raison de ces douleurs ; après douze séances, la marche était devenue possible sans douleur et Mme B. est partie pour Buenos-Ayres, après vingt séances, complètement guérie, car j'ai eu plus tard de ses nouvelles.

Voici une autre observation très intéressante : Mme M., rue Trévise, 20 ans, mariée depuis neuf mois, me fait appeler en juillet pour des métrorrhagies qui durent depuis deux mois : les règles viennent très fortement aux époques attendues ; mais, dans l'intervalle, persiste un suintement sanguin qui, dès qu'elle marche, devient plus abondant : pas de douleurs dans le ventre, aucun signe de fausse couche, pas de fièvre ; je prescrivis pendant cinq jours une potion avec 4 gr. de seigle ergoté fraîchement concassé, des injections chaudes ; je pratiquai deux fois le tamponnement du vagin, rien n'y fit. L'utérus était devenu légèrement douloureux au toucher. Je me demandais si je n'allais pas dilater le col et faire une cautérisation interne au nitrate d'argent, quand l'idée me vint de pratiquer le massage : après la deuxième séance, l'hémorrhagie était complètement arrêtée : les règles suivantes vinrent abondamment, le repos fut prescrit et il y eut, après la période menstruelle, un suintement qui dura trois ou quatre jours, et, depuis, rien d'anormal ne s'est reproduit.

Peut-être dira-t-on que le seigle finissant par agir, c'est à lui qu'il faut attribuer cet arrêt, bien que tardif, de l'hémorrhagie, et non au massage. Je ne le crois pas, car, dans un cas semblable que j'ai observé au mois d'août chez une dame F., rue de Naples, j'ai pratiqué le massage de suite sans donner de seigle et l'hémorrhagie s'est arrêtée dans la nuit suivante.

Chez les femmes ayant eu de la pelvi-péritonite, laissant après elle des noyaux d'induration et de l'empâtement des culs-de-sac

qui souvent fixent la matrice dans une attitude vicieuse et l'enchâtonnent, pour ainsi dire, le massage de l'utérus prend une très grande importance. En février, j'ai publié une observation de ce genre, relative à une jeune femme malade depuis quatre ans et demi ; il y a déjà 17 mois que j'ai fini de traiter cette dame et la guérison s'est maintenue.

J'ai eu l'occasion de soigner un autre cas qui avait quelque analogie avec celui-là. Le 22 janvier, je reçois la visite d'un M. B., rue Nollet, qui me prie de venir voir sa femme : depuis un mois, me dit-il, ma femme perd du sang en grande quantité, elle ne dort plus et souffre continuellement ; le médecin qui la soigne m'a déclaré hier que, si l'hémorrhagie persistait encore, dans trois jours il ferait l'amputation du col de la matrice, parce qu'il doit y avoir un cancer...

Mme B... présentait au toucher un col volumineux, abaissé, dévié à gauche : le cul-de-sac droit est rempli par une masse indurée de la grosseur d'un œuf de pigeon ; à gauche et en arrière, empâtement considérable des tissus ; la matrice ne peut être déviée ni dans un sens, ni dans un autre. Mme B. a eu une péritonite à l'âge de 22 ans, c'est-à-dire il y a cinq ans : depuis, elle a toujours souffert dans les côtés du ventre, dans les cuisses, et n'a jamais pu faire de marches, mêmes courtes. Le col utérin est très congestionné, pas de fièvre ; je pratique une première séance de massage qui dure une dizaine de minutes ; cette opération provoque d'assez vives douleurs, mais, un quart d'heure après, Mme B. sent un grand soulagement ; la nuit suivante est très bonne. Le lendemain, l'hémorrhagie a diminué de beaucoup ; elle cesse dans la soirée. Après la sixième séance de massage, Mme B. commençait à se lever et, à partir de la douzième, elle est venue chez moi. Dans ce cas, je me suis appliqué à faire porter le massage surtout sur les culs-de-sac et sur le noyau induré que j'avais rencontré dans le côté droit. Les douleurs avaient complètement disparu, la marche était devenue facile, sans fatigue, et la partie indurée avait diminué de moitié ; l'utérus était mobile et avait repris sa situation normale, lorsque brusquement Mme B. dut par-

tir pour Bruxelles où je sais qu'elle se porte bien. Il y avait eu 19 séances de massage.

Je n'ai plus à compter les observations de malades se plaignant de douleurs de reins, dans les côtés du ventre et les cuisses, présentant ou non des signes d'endométrite, chez qui le massage de l'utérus et de ses annexes a amené une prompte disparition des douleurs. Au mois de juillet, venait me voir Mme G., 25 ans ; cette jeune femme marchait en soutenant son ventre, elle éprouvait, depuis plusieurs jours, de grandes douleurs dans les reins, le bassin et sur le trajet des cruraux. A sa troisième consultation, elle m'annonce qu'elle ne souffre absolument plus, que la veille elle a dû faire une grande course à pied, mais qu'elle ne s'en est nullement ressentie. Je ne l'ai plus revue. Et combien d'autres encore je pourrais citer qui, venant me voir trois ou quatre fois pour les mêmes raisons, disparaissent pendant des mois et reviennent se faire enlever leurs douleurs reparues à la suite d'excès de marche ou autres !

Au mois de juillet, je suis appelé chez Mme P., 20 ans, ayant fait une fausse couche de trois mois, huit semaines auparavant ; elle s'était levée le 20e jour après son accident, mais avait dû se remettre au lit de suite, prise de douleurs dans les côtés, les reins, le bas-ventre ; s'asseoir lui était même impossible. Le Dr G., un de mes amis, qui la soignait, avait épuisé pour elle toutes les médications calmantes et avait déclaré à cette jeune femme qu'elle en avait pour deux mois à se remettre, lorsque je fus appelé. Le col de l'utérus est petit, il présente un écoulement peu abondant de liquide ressemblant à du blanc d'œuf pas cuit ; il est placé profondément en arrière et appuie sur le rectum ; par le toucher et le palper abdominal, on provoque de violentes douleurs ; pas de fièvre. Je fais du massage qui ne laisse pas que d'arracher des plaintes et même des cris à cette malade : après deux ou trois minutes, les gémissements cessent tout à coup, la figure prend une expression de détente subite et cette dame me dit qu'elle ne souffre plus du tout et qu'elle voudrait se lever : le huitième jour, Mme P. sortait en voiture et le dixième à pied. Actuellement, elle

doit être enceinte de deux mois et demi et va admirablement bien.

Quelle était la nature de ces douleurs qui ont disparu instantanément ? Je me demande s'il s'agissait là de névralgies ou de douleurs occasionnées par la déviation en arrière du col utérin ? mais il n'en est pas moins remarquable d'avoir assisté à la disparition subite de pareilles douleurs.

J'ai fait du massage dans des cas de métrite subaiguë, bien que cela soit contraire à la pratique des médecins qui s'occupent de massage de l'utérus ; il est bien évident que je n'en fais pas pendant la période fébrile de la métrite ; mais, dès que la fièvre est tombée, je n'hésite plus et je n'ai jamais remarqué ni inconvénient, ni retour à l'état fébrile : pourtant, ce qu'on appelle l'état inflammatoire n'a pas, dans ces cas, disparu avec la fièvre, puisque la moindre imprudence des malades amène souvent des complications très graves ; mais il ne faut pas au mot de massage associer l'idée de force, ni de compression violente.

Dans un cas de ce genre que j'ai eu à soigner chez une femme de 19 ans, je suis arrivé, avec beaucoup de peine, à décider la malade à se laisser faire le massage qu'elle a trouvé pire que le mal, très douloureux, jurant que jamais elle ne se soumettrait à une nouvelle séance.... mais, le lendemain, ma malade me réclamait elle-même le massage, tant elle en avait éprouvé de soulagement.

Dans son ouvrage sur le « massage de l'utérus », le Dr Norstroem préconise le massage de la matrice sur place : le massage est toujours effectué avec la main droite appliquée sur le ventre, l'index et le medius de la main gauche soutenant seulement l'utérus ou l'immobilisant. Quand celui-ci est mobile, je n'ai jamais trouvé qu'il y eût inconvénient à amener, pour ainsi dire, la matrice à la rencontre de la main qui exerce les pressions à travers la paroi abdominale, pas plus qu'il n'y en a à faire le massage avec les deux doigts introduits dans le vagin, l'utérus étant immobilisé avec l'autre main : de cette façon, il est beaucoup plus facile de faire le massage en avant et en arrière du corps de l'utérus, surtout quand il y a des déviations.

Chez certaines femmes, ces pratiques sont rendues nécessaires par la résistance opposée quelquefois par la paroi abdominale et surtout aussi par la présence de grandes quantités de graisse.

Le massage doit être pratiqué sur l'utérus avec douceur et lentement, mais en comprimant légèrement cet organe, surtout dans les premières séances : les frictions qui constituent le massage doivent être faites de haut en bas et de bas en haut ; tantôt l'une ou l'autre main immobilise l'utérus, tandis que l'autre, au contraire, sert au massage ; mais il est impossible de donner des règles fixes pour chaque cas différent. Le pouce de la main dont deux doigts sont introduits dans le vagin doit toujours être maintenu en dehors des lèvres ; pour le massage de l'utérus seul, on peut introduire indifféremment la main droite ou la main gauche.

Quand je veux masser les annexes du côté droit, je me place à droite de ma malade, j'introduis l'index et le médius droits dans le vagin et c'est la main gauche que j'applique sur le ventre ; pour les ligaments du côté gauche, j'emploie la manœuvre inverse.

Le Dr Norstroem, qui rapporte un grand nombre d'observations de prolapsus utérin, ne parle pas du massage des ligaments ; et pourtant je crois que, dans ces cas, cela est absolument nécessaire, comme d'ailleurs je le fais pour les douleurs dans les côtés du ventre. Par le massage de l'utérus seul, le Dr Norstroem obtient la guérison des prolapsus en quarante ou cinquante séances ; on peut préjuger qu'avec le massage des ligaments, il faudra un temps beaucoup moindre ; du moins c'est mon avis.

Il ne faut jamais employer de vigueur pour le massage ; il faut beaucoup de patience et de prudence, surtout au début ; mais avec de l'habitude, on arrive vite à la notion de force à employer. Le massage, dans certains cas, est douloureux, pour ne pas dire dans tous au début ; mais les femmes s'y soumettent d'autant mieux qu'on peut leur affirmer que la tolérance s'établit très rapidement et que souvent, si le massage laisse après lui de la sensibilité de l'abdomen, cela tient uniquement à la compression des téguments de la paroi.

On a dit que le massage de l'utérus était un genre de mastur-

bation, que c'était un procédé inconvenant et brutal..... mais quel est le moyen thérapeutique qui n'ait rencontré des adversaires ? Une pareille accusation n'a rien de sérieux ; quand on a commencé à se servir du speculum, on a crié à l'immoralité et aujourd'hui quel est le médecin qui n'en use pas ?

En plaçant convenablement les doigts dans le vagin, on arrive toujours à éviter le clitoris, et il faudrait que la malade et le médecin y missent chacun beaucoup de bonne volonté pour arriver à provoquer le désir. Pourtant, je dois dire que, dernièrement, j'ai voulu faire du massage à une jeune fille américaine que je soigne pour des crises d'hystérie, elle se plaignait depuis longtemps de douleurs dans les côtés du ventre, de flueurs blanches et prétendait avoir été soignée en Amérique pour du prolapsus utérin ; comme il n'y avait plus, depuis longtemps, de virginité à respecter, je me décidai à faire du massage ; mais, au cours de la première séance, j'ai cru m'apercevoir que le massage procurait par trop de soulagement et je l'ai cessé de suite. Donc, depuis deux ans, voilà le seul cas où j'ai cru voir que le massage fût contre-indiqué pour cette raison.

Je ne veux pas dire que toutes les affections utérines soient justiciables du massage, mais il en est un certain nombre, comme on le voit, qui peuvent être, sinon guéries, du moins beaucoup améliorées par ce procédé, et, pour ne citer que les déviations utérines, je crois que chez les femmes qui en sont atteintes, il sera bon, avant de pratiquer le raccourcissement des ligaments ronds, opération toujours sérieuse, de faire le massage de l'utérus et de ses annexes. Ce qui pousse les femmes à se laisser opérer, ce sont les douleurs qu'elles éprouvent continuellement et, dans ce cas, le massage ne peut être que très avantageux et absolument indiqué.

Pour conclure, je dirai que les affections utérines, dans lesquelles le massage est applicable avec succès, sont : les déviations de l'utérus avec ou sans adhérences ; l'endométrite catarrhale, la métrite subaiguë, la dysménorrhée, les hémorrhagies atoniques et toutes les douleurs du bassin occassionnées par une déviation quelconque de la matrice. M. le Dr Gaudin, dans la *Gazette de*

Gynécologie, recommande aussi le massage de l'utérus dans le cas de troubles mentaux sous la dépendance de réflexes utérins, mais je n'ai jamais eu l'occasion de vérifier ce fait.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 20 novembre 1889.

HYSTÉROPEXIE CONTRE LE PROLAPSUS UTÉRIN.

M. Chauvel.—M. Assaki, membre correspondant, vient de nous adresser une note sur un cas de ventrofixation, qu'il a pratiquée contre un prolapsus utérin, en n'ouvrant pas la cavité péritonéale. Après avoir réduit le prolapsus et fait maintenir l'utérus le plus haut possible par deux doigts introduits dans le vagin, il a fait une incision médiane de l'abdomen au-dessus du pubis et, sans ouvrir le péritoine, il a fait pénétrer ses fils de suture à travers le corps de l'utérus. Au moment de serrer ces fils, notre confrère s'est aperçu qu'une anse intestinale s'était interposée entre la paroi abdominale et l'utérus ; quelques manœuvres de refoulement, le tronc de la malade placé dans une position déclive, ont dégagé l'intestin et la striction des fils a pu avoir lieu, ainsi que la suture de l'abdomen. L'opération n'a présenté aucun accident immédiat.

M. Pozzi. — Deux dangers me paraissent inhérents au procédé opératoire employé par M. Assaki. L'un, qui s'est présenté à lui, est de s'exposer à léser l'intestin en serrant les fils de suture, si une anse intestinale vient à se placer en avant de l'utérus ; l'autre danger est d'agir sans trop savoir ce que l'on fait, puisque l'on n'a pas sous le regard les parties profondes, sur lesquelles on opère. D'ailleurs, cette méthode opératoire, conçue par crainte de la laparotomie, n'a plus sa raison d'être, étant donnée la sûreté antiseptique avec laquelle on peut maintenant faire cette dernière opération.

Je rappellerai encore, tout en ne voulant pas soulever la ques-

tion de priorité, que cette méthode extra-péritonéale a déjà reçu son application. C'est ainsi que Cavena l'a décrite longuement, sans l'avoir mise à exécution, et que d'autres chirurgiens ont proposé de fixer l'utérus en n'opérant que par la voie vaginale.

M. Terrier. — Ainsi qu'on vient de le dire, ce procédé de fixation de l'utérus n'est pas une conception nouvelle, et M. Assaki eût pu en lire la description qu'en a faite Cavena, dans la thèse que Dumoret vient de publier sur la laparo-hystéropexie contre le prolapsus; on y trouve, entre autres recommandations, celle de se servir, pour appliquer l'utérus contre la paroi abdominale, d'une sonde intra-utérine, ce qui me paraît devoir être plus efficace que deux doigts d'un aide au fond du vagin; d'ailleurs, le procédé n'est pas à l'abri des critiques et je n'ai nulle intention d'en discuter la valeur.

(*Bull. méd.*).

Séance du 11 *décembre.*

DE L'HYSTÉROPEXIE VAGINALE.

M. Richelot donne la description d'une nouvelle opération, dont M. Nicoletis est l'auteur, et qui a pour but la guérison des rétroversions utérines, mais seulement lorsque celles-ci sont mobiles, et qu'il a déjà rapportée au Congrès de chirurgie.

Pour désigner l'opération susdite, dit l'orateur, je vous propose le nom d'*hystéropexie vaginale*. En effet, au lieu d'accrocher le fond de l'utérus à la paroi du ventre, comme dans l'*hystéropexie abdominale*, on accroche sa partie inférieure au vagin qui ne le soutenait plus, et on l'y fixe par un procédé de suture qui le maintient en bonne position.

Au premier abord, cette opération, légèrement modifiée, corrigerait aussi bien les rétroversions que les antéversions et les déviations latérales. Dans les premières, il suffirait de pratiquer la suture en accrochant la paroi vaginale antérieure au bord postérieur du moignon; dans les secondes, une paroi latérale au bord diamétralement opposé. Mais, ici, l'expérience n'est pas faite. Il y a, si je ne me trompe, dans les causes mêmes des déviations antérieures ou latérales, des raisons pour que l'opération nouvelle ne puisse pas leur convenir aussi bien qu'aux rétroversions.

Je crois que l'hystéropexie vaginale est rationnelle et répond bien aux indications. Elle me paraît très bénigne dans ses suites. Enfin, nous savons qu'une amputation sus-vaginale ne compromet ni la conception, ni la grossesse, ni l'accouchement, si elle n'est pas suivie de sténose, c'est-à-dire si elle est faite au bistouri, avec suture de la paroi vaginale au moignon et réunion immédiate.

J'ai fait six fois cette opération ; mes observations paraîtront bientôt dans la thèse d'un de mes internes.

M. Pozzi. — L'opération de M. Richelot me semble plus rationnelle et théorique que pratique ; elle suppose, en effet, un périnée solide et un vagin inextensible, conditions qui font, pour ainsi dire, toujours défaut dans la pratique. Les malades ainsi opérées se trouveraient tout aussi bien de l'amputation sus-vaginale du col ; on connaît depuis longtemps les bons effets de cette amputation du col dans les déviations complexes de l'utérus.

M. Quénu. — Je suis absolument du même avis que M. Pozzi ; j'ai revu, au bout de six mois et d'un an, une malade à laquelle j'avais fait l'amputation du col pour rétroversion, et j'ai été absolument étonné des résultats ainsi obtenus et de la manière dont ces résultats se sont maintenus.

M. Lucas-Championnière. — On a successivement essayé tous les procédés thérapeutiques contre les déviations utérines ; tour à tour, on a redressé l'axe de la matrice, amputé son col, et fait le curage de la cavité. M. Chapmann (de New-York), dans son livre très intéressant sur l'hystérologie, a montré que, quelle que fût l'opération pratiquée, on soulageait toujours immédiatement la malade en dégorgeant le col de l'utérus. Mais il faut savoir qu'on obtient rarement de bons résultats définitifs, car il y a presque toujours d'autres lésions qui font souffrir les malades et, notamment, des lésions des annexes, ainsi que je l'ai observé très souvent.

M. Bouilly. — Je proteste énergiquement contre les assertions beaucoup trop décourageantes de M. Championnière. Les opérations ne doivent pas être faites au hasard ; pour appliquer un bon traitement, il faut un diagnostic exact. M. Trélat a nettement formulé cette nécessité. Il est très vrai que peu de malades souffrent de leur rétroflexion, que la plupart des douleurs proviennent des parties voisines, utérus, annexes, péritoine pelvien,

etc., mais en traitant simultanément ces diverses affections, on arrive à guérir bien des malades.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.— Ce que j'ai surtout voulu dire, c'est que les opérations appliquées à la déviation seule ne réussissent presque jamais et qu'il faut soigner également les lésions du voisinage, surtout les annexes, ainsi que j'en ai eu plusieurs fois la preuve entre les mains; c'est à peu près ce que M. Bouilly vient de dire.

M. TRÉLAT. — Cette discussion a près de quarante années de date ; elle ne semble pas près de finir. Il est bien certain que les déviations utérines sont rarement par elles-mêmes la cause des douleurs, et que les parties voisines interviennent souvent dans la production de ces phénomènes douloureux ; c'est en me basant sur cette coïncidence que j'ai recommandé de traiter en même temps la déviation et la métrite concomitante. Quant à l'opération convenable, les uns se contentent d'appliquer des pessaires, d'autres font l'opération d'Alexander et le curage de la métrite, d'autres encore préfèrent l'hystéropexie abdominale. Pour ce qui est de l'opération de M. Richelot, je ne crois pas qu'elle soit bien bonne, car elle prend ses points d'appui sur un terrain bien peu solide.

M. TILLAUX.— Je crois aussi que la déviation seule est rarement la cause de douleurs. J'en ai cependant un exemple bien net dans mon service. Le 23 septembre dernier, une jeune femme, en tirant un lit très lourd, ressentit une douleur très vive dans le ventre ; depuis cette époque elle ne cessa plus de souffrir, et se décida à entrer à l'hôpital. Je trouvai l'utérus très mobile, peu volumineux, en rétroflexion manifeste ; l'ovaire gauche était sensible et douloureux. J'ai pratiqué le redressement avec un hystéromètre ordinaire qui pût seul entrer dans la cavité utérine ; la malade se sentit soulagée instantanément et, depuis cette époque, elle ne souffre plus.

M. BOUILLY.— J'ai vu aussi des cas de rétroflexion simple et c'est dans ces cas que l'on obtient le soulagement, pour ainsi dire instantané, des phénomènes de gêne douloureuse déterminés par la déviation ; c'est dans ces faits particulièrement que, par le pessaire de Hodge, on obtient des guérisons définitives après trois, six, et neuf mois.

M. RICHELOT.— On m'a objecté que l'hystéropexie vaginale était

plus rationnelle que pratique ; je puis en dire autant des objections qui me sont faites, puisque les résultats n'ont pas été suivis pendant un temps suffisant.

M. Pozzi m'a objecté que l'amputation sus-vaginale du col pure et simple produisait d'aussi bons effets ; l'objection est judicieuse et j'y ai moi-même pensé, mais je ne suis pas sûr que, par ce moyen, on n'ait pas de récidives. Enfin, je reprocherai à M. Lucas-Championnière de faire trop grande la part des annexes et de trop négliger ce qui est du domaine utérin. Je n'ai voulu qu'engager mes collègues à essayer un procédé nouveau qui me semble bon, et je me réserve de présenter plus tard les malades ainsi traités, pour permettre à la Société de se faire une opinion exacte, basée sur les faits et les résultats. (*Bul. méd.*).

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE

Séance du 5 *décembre* 1889. — Présidence de M. Laborde.

—

Hermaphrodite.

M. Pozzi présente un sujet d'aspect féminin, vêtu en femme et chez lequel on peut constater les particularités suivantes caractérisant un hermaphrodite de type masculin. La verge a un très faible développement ; au-dessous le scrotum est profondément fendu et au fond il y a deux orifices : l'antérieur est celui de l'urèthre, le postérieur un peu plus large conduit dans une sorte d'infundibulum terminé en cul-de-sac et profond de 8 centimètres. De la partie inférieure du pénis rudimentaire part une bride qui contourne le méat et va se perdre sur le pourtour de l'infundibulum, c'est la bride masculine de M. Pozzi. Les testicules sont fort petits et non descendus ; on peut pourtant les constater dans le canal. Aucune trace d'utérus. — A l'âge de quatorze ans ce sujet eut des signes de puberté et commença à être irrégulièrement réglé six à sept fois par an environ ; on n'a pu observer encore exactement d'où provenait le sang. — Au point de vue psychologique ses penchants et ses goûts sont mixtes comme sa conformation physique. Classé comme fille, ce sujet avait dès son enfance à la fois des goûts de fille et de garçon. De dix-huit à vingt ans, il éprouva du penchant pour les femmes et

eut des maîtresses. La longueur de la bride masculine permet en effet chez lui une érection complète et suffisante ; l'éjaculation se fait naturellement par l'orifice de l'urèthre à la base du pseudo-pénis. Pendant dix ans ce sujet eut des rapports avec des femmes, puis vers l'âge de trente ans il devint la maîtresse d'un homme pour lequel il eut la plus grande affection, ce qui ne l'empêchait pas entre temps d'avoir des rapports avec des femmes. — C'est d'ailleurs un sujet non dégénéré, assez intelligent, travailleur.

M. Manouvrier fait remarquer qu'anatomiquement ce sujet a des caractères plutôt féminins ; le crâne, les os, les muscles sont petits.

M. Pozzi dit que ces caractères sont variables : c'est ainsi que la partie supérieure de la face, le front, les yeux sont plutôt féminins, tandis que le maxillaire inférieur est très masculin. Le bassin est masculin, les cuisses également ; la distribution des poils est plutôt féminine.

M. Fauvelle a observé sur ce sujet l'existence très nette de la respiration costale supérieure.

M. Magitot rappelle le sujet qu'il a montré jadis à la Société et qui présentait avec celui-ci les plus grandes analogies.

M. Laborde rappelle aussi qu'il a observé autrefois deux cas similaires dans les services de Nélaton et de Reyer ; les mêmes particularités psychologiques existaient.

Capitan.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 14 *novembre* 89. — Présidence de M. le Dr Laburthe.

FIBROMES UTÉRINS ET KYSTES DE L'OVAIRE.

M. Polaillon. — Je présente à la Société deux pièces anatomiques, un fibrôme utérin et une poche kystique de l'ovaire.

L'électricité employée comme traitement des fibrômes utérins diminue momentanément la douleur et les hémorrhagies, lorsque la tumeur est petite, sans jamais amener de guérison totale. Lors donc que la tumeur est considérable ou que la malade veut être complètement débarrassée de son mal, il faut avoir recours à l'hystérectomie abdominale.

J'ai opéré, il y a dix-huit jours, une femme, âgée de vingt-huit ans, qui portait ce fibrôme depuis trois ans. A cette époque, comme il était peu considérable et que la malade habitait la province, il fut laissé sans traitement.

Actuellement, il a triplé de volume et a la grosseur d'une tête d'adulte.

Les règles étaient très abondantes, revenaient tous les quinze jours et étaient accompagnées de phénomènes compressifs du côté du gros intestin, allant jusqu'à la rétention des matières fécales. Affaiblissement général.

Opération facile ; les suites en furent très favorables ; absence totale de fièvre, alimentation satisfaisante dès les premiers jours. Aujourd'hui, dix-huit jours après l'opération, la malade peut être considérée comme guérie.

Ma seconde pièce (poche kystique de l'ovaire) est, comme vous le voyez, de dimensions énormes. Elle appartient à une femme à qui on avait déjà fait une ponction, laquelle avait donné issue à seize litres d'un liquide filant et épais. La compression que cette tumeur exeerçait sur les uretères, avait produit une congestion des reins donnant lieu à une albuminurie assez considérable.

Je fis l'ovariotomie ; tous les accidents disparurent et la malade est aujourd'hui guérie.

M. Tison. — Je demanderai à M. Polaillon quelle est la mortalité des malades opérées comparativement à celle des malades traitées par l'électricité, et si, d'après lui on peut faire l'opération à l'époque de la ménopause.

M. Polaillon. — L'électrolyse donne 8 % de mortalité et ne guérit pas totalement. L'hystérectomie abdominale entraîne un danger plus grand (20 % de mortalité), mais les guérisons sont radicales.

En ce qui concerne l'opportunité de l'opération au moment de la ménopause, il y a deux règles à suivre : s'il n'y a pas d'accidents et si la tumeur a de la tendance à régresser, il faut s'abstenir. Si, au contraire, la tumeur augmente avec tous les accidents qui l'accompagnent, on est autorisé à opérer.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BERLIN.

Séance du 16 *octobre* 1889.

LES LARGES INCISIONS DU COL, DU PÉRINÉE ET DU VAGIN EN OBSTÉTRIQUE.

M. Duehrssen. — Les cas ne sont pas très rares où l'on se voit dans la nécessité de terminer rapidement l'accouchement malgré une dilatation insuffisante de l'orifice utérin. Cela arrive surtout chez les primipares. L'accoucheur se trouve alors dans une situation assez embarrassée. En effet, même après la version podalique l'extraction des parties qui se présentent n'amène souvent que très difficilement une dilatation complète de l'orifice utérin. Puis, il faut compter avec les complications toujours possibles à la suite d'une dilatation forcée. Souvent on est obligé de pratiquer la céphalotripsie et même alors l'extraction peut amener des ruptures du col. Dans les cas de ce genre je conseille de recourir aux larges incisions du col proposées pour la première fois par Skuloch. Ces incisions, qui doivent aller jusqu'au niveau d'insertion du vagin, sont surtout indiquées chez les primipares chez lesquelles la portion sus-vaginale du col est habituellement assez dilatée, tandis que l'obstacle réside seulement dans la dilatation insuffisante de la portion sous-vaginale et peut par conséquent être levé complètement au moyen des larges incisions.

J'ai agi ainsi chez neuf primipares et chez une multipare, avec rétrécissement du bassin, et j'ai obtenu neuf enfants vivants. Un enfant est mort probablement par la faute de l'étudiant qui a accouché la femme et qui a dû comprimer le cordon pendant l'extraction.

Les incisions suffisamment larges du col ne s'agrandissent jamais par déchirement, comme cela arrive avec les petites incisions. Le tamponnement de la cavité utérine et des incisions avec de la gaze iodoformée, écarte tout danger d'infection putride. L'atonie de l'utérus, elle, n'est pas non plus à redouter. Le cas échéant, elle peut être combattue efficacement par le tamponnement et les injections d'ergotine.

Les larges incisions du col sont surtout indiquées chez les pri-

mipares âgées, dans les cas de ralentissement du travail, à la suite d'une rupture artificielle prématurée de la poche des eaux, dans l'éclampsie, dans les cas de bassin rétréci, aplati, pour pouvoir attendre le moment opportun à l'extraction ; enfin, dans le *placenta prævia*, la procidence du cordon et pour faciliter l'application du forceps au détroit supérieur. Chez les multipares les incisions ne sont indiquées que quand il s'agit de combattre la rigidité du col causée par des cicatrices, etc.

Quant à la technique de cette petite opération elle est fort simple. On incise le col avec des ciseaux de Siebold. Le doigt sert de guide et l'on immobilise le col au moyen de deux pinces. On peut se passer de spéculum.

La dilatation insuffisante du col une fois vaincue au moyen des larges incisions, on se trouve parfois encore en présence d'une résistance trop considérable du périnée et du vagin. Dans ces cas je conseille d'inciser le périnée et le vagin. Les incisions doivent pénétrer dans le vagin, à une hauteur de 4 centimètres et être profondes d'environ 3 centimètres.

Il va sans dire que toujours on doit observer rigoureusement les règles de l'antisepsie la plus sévère.

(*Bull. méd.*).

REVUE DE LA PRESSE

—

TRANCHÉES UTÉRINES ET CHLOROFORME (1)

Par M. Loviot.

J'ai l'honneur de soumettre à la Société une observation d'anesthésie dite obstétricale, de demi-anesthésie, d'analgésie pure et simple, de chloroforme « à la reine », selon la spirituelle expression du professeur Pajot, avec cette circonstance particulière, que le chloroforme a été employé post-partum, pour combattre des tranchées utérines très violentes.

Madame L., 28 ans, sans profession, grande, blonde, sans antécédents à noter, bonne santé habituelle, tempérament nerveux, délire facilement en temps normal.

(1) Le Chloroforme en Obstétrique. Leçon faite le 28 janvier 1888, in Leçons de Clinique obstétricale, par P. Budin (1889).

Tertipare, 3 grossesses bonnes, bien qu'elle ne prenne aucune précaution pendant ses grossesses. Pendant sa troisième grossesse, au troisième et au quatrième mois, en août et septembre, a pris 58 bains de mer, nagé une heure et demie, sans tenir compte de l'époque correspondant à la période menstruelle.

Premier accouchement, il y a dix *ans*, normal. *Pas de tranchées utérines.*

Deuxième accouchement, il y a trois ans. Accouchement lent, (a souffert du dimanche au mercredi, du mardi au mercredi, grandes douleurs). Accouchement normal.

Tranchées utérines très intenses pendant 8 jours (?).

Pendant les 14 heures qui suivent l'accouchement, tranchées excessivement douloureuses. « J'étais, dit Mme L., comme une folle. »

Traitement. Laudanum : 2 lavements de 15 gouttes. Par la bouche 25 gouttes. Sans effet.

Perte de sang assez abondante.

Troisième accouchement, 17 février 1889. Après 9 heures de douleurs, accouchement normal à 9 heures du matin. Délivrance 20 minutes après l'expulsion de l'enfant.

Tranchées (que prévoyait et redoutait Mme L. avertie par l'accouchement précédent) très intenses.

Douleurs très vives immédiatement après la délivrance.

Traitement : injections chaudes (vaginales).

Injection sous-cutanée de morphine 1 centigr.

Rien ne fait. L'injection de morphine surajoute une douleur plus vive dans l'étendue d'une double pièce de 5 francs. « Une douleur de plus », dit Mme L.

Le laudanum n'a pas été employé à ce moment pour éviter l'ennui d'un lavement immédiatement après l'accouchement, et son emploi n'ayant pas procuré de soulagement antérieurement.

Le chloroforme est administré d'une façon intermittente et à petites doses, immédiatement au début de la douleur ou un peu avant, au début de la contraction utérine, de 10 heures du matin à 7 heures du soir (200 grammes en tout).

Les douleurs reviennent toutes les 5 minutes, durent plusieurs minutes, très intenses, peu de sang.

A 10 heures du soir, les douleurs ne reviennent plus qu'à un quart d'heure, vingt minutes d'intervalle, moins intenses, moins longues.

Le soir, un lavement de chloral (4 gr.), la malade dort quelques heures.

Le lendemain, lavement de laudanum 15 gouttes (matin).

— lavement de chloral 4 grammes (soir).

Le surlendemain, la malade respire spontanément du chloroforme pendant 2 heures, au moment des douleurs ; celles-ci cessent définitivement.

Durée des tranchées : plus de 48 heures.

Le chloroforme n'a donné lieu ni à des vomissements, ni au délire auquel la malade est sujette, ni à hémorrhagie.

Sensations perçues par Mme L. et exprimées par elle-même.

Sensibilité à la douleur. — « A la première inspiration de chloroforme, il me semblait que celui-ci descendait, et qu'il tombait sur la douleur.

« Sensation calmante, de rafraîchissement, comme si l'on jetait de l'eau froide sur une brûlure. »

« La raideur du corps et des membres, surtout des membres inférieurs, du début de la douleur, disparaissait. Il y avait une sorte de détente. « Tout en moi se dilatait, était plus souple ».

« La douleur (dents rougies au feu qui auraient dévoré) rongeante et cuisante (reins, ventre) ne s'en allait pas entièrement, mais diminuait comme si elle avait reculé devant quelque chose qu'on aurait mis devant elle ».

Sensibilité au contact. — Conservée.

A la chaleur. — Conservée (injections chaudes perçues).

Intelligence. — Intacte.

Ouïe. — « Je n'entendais rien de ce qui se passait ailleurs, mais avec beaucoup d'acuité ce qui se passait autour de moi. Je vous entendais parler à mon mari à voix basse. J'éprouvais un bourdonnement, mais ce bourdonnement était distinct des paroles entendues. »

Peut-être y a-t-il lieu de tenir compte, en ce qui concerne ces phénomènes auditifs, de l'action de la morphine.

Motilité. — Intacte.

« J'éprouvais un soulagement très grand. Si j'ai encore des enfants, je demanderai du chloroforme, je le conseillerai à toutes les personnes que je connaîtrai. Rien de meilleur. Ah ! si j'avais su cela plus tôt ! ».

Extirpation totale vaginale de l'utérus pour rétention d'un placenta en putréfaction.

(*Nederlandisch Tijdschrift voor Geneeskunde* 21, 1887).

Il s'agit d'une femme de 24 ans, II pare, venant de faire un avortement de 6 mois. La délivrance, essayée par une sage-femme, présenta quelques difficultés, et des hémorrhagies tardives étant survenues, on fit le curage de l'utérus. Immédiatement après l'accouchement, frisson, suivi d'une élévation de température.

Les accès se renouvelant chaque jour de plus en plus forts, les lochies peu sanglantes, mais fétides, et la patiente se trouvant de moins en moins bien, on appelle Roosenburg le 30 mars.

Etat actuel. — Décubitus dorsal, facies légèrement hippocratique, pouls très petit à 120. Ventre plus ou moins gonflé. Utérus remontant au-dessous de l'ombilic. Parties génitales baignées d'un sang noir, fétide. Le lendemain, elle entre à l'hôpital. Température 41,5. Pouls à 130. Respiration 40. Dyspnée.

Après désinfection du vagin et de l'utérus, R. essaie de pénétrer avec les doigts dans la cavité utérine. L'orifice utérin, circonscrit par une paroi épaisse, peu élastique, ne laisse passer deux doigts qu'avec beaucoup de peine, et on ne parvient pas à sentir le placenta. Craignant une rupture, R. ne pousse pas plus loin ses tentatives. Antisepsie énergique. Gaze iodoformée. Tamponnement.

Dans la nuit, la température tombe à 37, (le pouls restant à 124), et le lendemain matin, après un grand frisson, remonte à 40,3. Pouls 132. Respiration 44. Le lendemain, on enlève le tampon. L'orifice n'est pas plus dilaté ; une tentative pour extraire le placenta, à l'aide d'une grande cuillère de Volkmann, échoue complètement. Nouvelle désinfection, nouveau tampon. Après le frisson, la température reste à 40,5 ; pouls 145. Le jour suivant, ventre très ballonné, nausées et vomissements. R., persuadé que la patiente n'avait pas plus de 24 heures à vivre, pratique, avec le consentement de celle-ci, l'extirpation totale de l'utérus par le vagin. L'utérus enlevé, on introduit dans la partie inférieure de la cavité péritonéale, de la gaze iodoformée, et dans le vagin, un tampon de ouate imbibé de glycérine iodoformée.

Durée de l'opération, 1 heure. — Cognac chaud. — La température, qui 2 heures après l'opération était de 41.9, tomba le soir à 37.5. Pouls 112. La température restant normale, le pouls s'abaissa

rapidement à 92. Dix jours après, on enleva les ligatures, et quinze jours après la malade marchait dans l'appartement.

L'utérus fut examiné immédiatement après l'opération. Dès la première incision, qui porte sur la face postérieure à travers le péritoine et la moitié de la paroi utérine épaissie, on remarque une fétidité très intense. Une deuxième incision, pratiquée à travers le placenta, conduit dans la cavité utérine. Le placenta, extrêmement adhérent, est absolument noir à la face utérine, et répand une odeur infecte. Par places, on constate de la placentite.

Il n'existe dans la littérature qu'un seul cas analogue ; il est dû à Schultze, qui fit l'extirpation sus-vaginale. L'auteur conseille de faire dans ces cas toujours l'extirpation par le vagin Roosenburg déclare que l'extirpation totale de l'utérus est une dernière ressource, à laquelle on doit avoir recours, surtout dans les cas de septicémie puerpérale, où la désinfection de l'utérus ne donne aucun résultat, où le diagnostic se trouve affirmé par le début d'une péritonite, où les rappports entre le pouls et la température entraînent un pronostic fatalement mortel.

Il résulte de cette observation traduite dans les *Nouvelles Archives d'Obstétrique et de gynécologie* du 25 octobre dernier, que le curage de l'utérus a été tenté à deux reprises, une fois peu après l'avortement et une seconde fois par R., avec la curette de Volkmann, avant de procéder à l'hystérectomie ; la curette a complètement échoué.

A 6 mois, on peut et on doit, lorsque la délivrance ne se fait pas, introduire la main dans l'utérus, comme à terme ; et cela au plus tard, dans les 2 heures qui suivent la sortie du fœtus. Le praticien Hollandais a eu tort de procéder autrement.

A-t-on au moins eu soin de désinfecter régulièrement la cavité utérine par des injections fréquentes ? On ne le dit pas.

Il est étonnant que, le col permettant l'introduction de deux doigts, R. n'ait pas pu arriver au délivre dans un utérus n'ayant contenu qu'un fœtus de 6 mois.

Tout est étrange dans cette observation, et nous nous demandons s'il n'y a pas eu des erreurs ou des lacunes importantes dans la traduction.

En tous cas, nous ne donnons pas la conduite tenue comme le modèle à suivre. (*Journal d'accouchements*)

INFLUENCE DE L'ALIMENTATION SUR LA LACTATION ET L'ALLAITEMENT

Par M. le docteur S. Zaleski.

De nombreuses recherches sur ce sujet il résulte que :

1° Un lait trop gras agit fâcheusement sur le développement et la nutrition d'un nourisson ;

2° Une nourriture trop abondante, et composée principalement d'albumine, produit une augmentation considérable de la graisse en même temps qu'une diminution du sucre ;

3° En modifiant la nourriture et les habitudes d'une nourrice, on peut, jusqu'à un certain point, modifier aussi la composition de son lait ;

4° De même que chez les animaux, l'alimentation a, chez la femme, une grande influence sur la composition de son lait ;

5° La graisse du lait se forme tantôt directement, tantôt indirectement, par l'intermédiaire de l'albumine des aliments. (*Wratsch. et Bullet. de Thér.*).

CAS D'EXPULSION DU PLACENTA, LE CINQUANTIÈME JOUR APRÈS L'ACCOUCHEMENT, A L'AIDE DE L'IRRIGATION VAGINALE CONTINUE

Par M. Warnk.

J..., trente-sept ans, arrive à l'hôpital le douzième jour après son quatrième accouchement, se plaignant de malaise général, faiblesse, fortes douleurs dorsales et abdominales. État présent, le 27 mai : partie vaginale du col parfaitement reconstituée, molle ; orifice externe admettant le doigt qui pénètre jusqu'à l'orifice interne. Utérus de consistance presque fibreuse, lisse, globuleux, mobile, un peu douloureux ; son fond remonte à l'ombilic. Écoulement sanguinolent inodore. — Supposant un fibro-myôme sous-muqueux, l'auteur institua un traitement correspondant, sous l'influence duquel la matrice diminua légèrement de volume et là se maintint normale pendant vingt-quatre jours. A ce moment la température commença à monter rapidement (au delà de 40°), l'écoulement augmenta sensiblement, il y eut des frissons, une grande faiblesse et l'écoulement devint fétide. Au toucher, l'utérus, dont la cavité est devenue accessible, est rem-

pli à moitié par une masse végétante, rappelant le placenta, tellement adhérent à l'utérus qu'il est impossible de l'en détacher, même avec la curette tranchante.

Vu la faiblesse de la malade, on abandonne les tentatives d'extraction, on fait un lavage intra-utérin, badigeonnage à la glycérine iodoformée et irrigation vaginale continue pendant quatre à dix heures par jour. Dix jours après, c'est-à-dire cinquante jours après l'accouchement, on vit sortir pendant l'irrigation un morceau de placenta plus grand que le poing, flasque, entouré de membranes fibreuses, sans odeur. La température redescendit à la normale et la malade revint rapidement à la santé.

(*Wratch*, n° 26, 1888 et *Gaz. de Gyn.*).

NOUVELLES

—

Ecole de médecine de Toulouse. — M. le docteur Chambrelent est chargé du cours de clinique obstétricale, en remplacement de M. Labat, démissionnaire.

Mlle Bazin, maîtresse sage-femme à la Maternité de Toulouse, est nommée maîtresse sage-femme de la clinique obstétricale de l'Ecole (emploi nouveau).

—

Ecole de médecine d'Angers. — M. le Dr Montprofit est nommé chef de clinique obstétricale.

—

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens. — M. Lenoel, professeur de clinique obstétricale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, est maintenu, pour une période de 3 ans, à partir du 31 janvier 1890, dans les fonctions de directeur de ladite école.

—

Ecole de médecine de Grenoble. — Le concours pour une place de suppléant de la chaire de clinique obstétricale, s'est terminé par la nomination de M. Deschamps.

—

Faculté de médecine de Lyon. — M. le docteur Condamin, prosec-

teur, est institué chef de clinique obstétricale, en remplacement de M. Blanc (Emile), dont le temps d'exercice est expiré.

VARIÉTÉS

Sur l'avortement. — Je vous demande la permission d'abandonner aujourd'hui le ton habituel de nos causeries pour vous raconter une simple histoire qu'il serait vraiment regrettable de laisser perdre.

Cela date de quelques mois. Je fus mandé un beau jour chez une dame qui m'était d'ailleurs complètement inconnue. Ce sera Mme Z., voulez-vous ?

Monsieur, me dit-elle, sans autre préambule, n'est-ce point vous qui avez récemment donné des soins à Mme X... ?

— Oui, Madame.

— Elle avait une affection de matrice très grave n'est-ce pas ! Elle a tant souffert la pauvre femme ! Elle a traîné si longtemps de médecin en médecin ! Et vous l'avez si bien guérie ! Elle est si heureuse !

La vérité est que Mme X.., avait une simple vaginite dont je l'avais, en effet, débarrassée. Oh ! sans grande difficulté allez ! Seulement avant de venir chez moi ou chez tout autre, Mme X... avait été, trois années durant, échouer chez tous les charlatans connus; traitée Dieu sait comme, par trois ou quatre accoucheuses, et finalement entreprise, après un minutieux examen au spéculum, par un pharmacien dont je tairai le nom pour ne pas encourir les reproches du parquet.

Enfin, ma nouvelle cliente qui ignorait tout cela me dit qu'elle avait une métrite, qu'elle avait été traitée à Liège par des médecins les plus sérieux, qu'elle venait actuellement habiter Bruxelles, et que sur la recommandation de son amie elle se confiait à moi, convaincue qu'elle serait bientôt délivrée de ses tourments.

C'était très bien ; mais je crus toutefois devoir prévenir mon interlocutrice qu'il ne m'était pas possible, comme cela, de prime abord, de partager l'absolue certitude qu'elle émettait avec une si chaleureuse conviction.

Alors, je l'interrogeai. Elle me narra tout ce qu'elle ressentait, tout ce qu'elle éprouvait, minutieusement, d'une façon claire et intelligente.

On eût dit d'un manuel de gynécologie à l'article endométrite. Ce

qui l'exaspérait surtout c'était les hémorrhagies ; des règles surabondantes, des coulées énormes de sang qui duraient huit jours et revenaient avec une fréquence désespérante tous les quinze jours, au plus tard au bout de trois semaines.

Voyez-vous docteur, hier cela a cessé ; j'étais indisposée depuis une longue semaine ; qui sait si j'aurais seulement huit jours de repos ! Cependant en dehors du sang, tout autre écoulement est peu abondant.

J'avais par hasard un spéculum sur moi. J'examinai Mme Z... séance tenante. Il y avait en effet un peu de pertes blanches, le col était assez large, légèrement entr'ouvert. A la palpation le corps semblait un peu augmenté de volume et sur toute la région utérine et ovarique la pression était fort douloureuse. (C'est du moins ce que m'affirmait Mme Z...)

Tout ceci était donc d'accord avec les renseignements qui m'avaient été donnés. Mais le cathétérisme seul pouvait m'éclairer plus complètement sur l'état interne de l'organe malade, et sur son réel changement de volume.

Aussi lorsque l'on me questionna sur le résultat de mon examen et sur le pronostic qui devait le suivre, je répondis que j'avais encore quelque chose à faire, que je ne pouvais rien affirmer maintenant, et que je reviendrais le lendemain.

Comment docteur, la servante ne vous a donc pas dit d'apporter tous vos instruments .

Non madame.

C'est bien regrettable, j'aurais préféré en finir tout de suite.

L'après-midi, j'eus la visite de M. Z..

Il voulait être renseigné sur l'état de sa femme.

Je remis la réponse au lendemain.

Jusqu'ici rien de bien extraordinaire, n'est-ce pas ?

Oui, mais c'est le dénouement auquel vous ne vous attendez pas.

Ce dénouement le voici.

Le soir même, je recevais la visite d'une autre dame aussi inconnue que la première.

Et voilà ce qu'elle dit :

« Monsieur, je n'ai pas l'honneur de vous connaître ; mais je crois qu'il est de mon devoir de vous éviter une aventure dont vous seriez involontairement le complice, et qui vous serait très désagréable, j'en suis sûre.

» Sachez qu'il n'y a pas un mot de vrai dans tout ce que vous a conté Mme Z... ! Les hémorrhagies ne doivent pas la gêner beaucoup car elle n'a plus eu ses règles depuis deux mois, étant enceinte. Tous les symptômes qu'elle vous a si bien décrits, c'est une leçon apprise par cœur. Et croyez qu'elle la sait bien, car chaque fois qu'elle use de ce stratagème, elle arrive toujours à se faire sonder et par conséquent avorter par le médecin, dont la bonne foi doit fatalement se laisser surprendre. Cela lui a réussi à trois reprises différentes ; et vous eussiez été en bonne compagnie, car un professeur d'une de nos universités a été dupe comme les deux autres. Je suis au courant de la chose, mais cette fois je ne puis me résigner à taire ce que je considère comme une obligation de vous dévoiler ! »

Eh bien, n'est-ce pas que le dénouement est peu banal ?

Ah ! on en apprend tous les jours !

Je crois inutile de faire suivre ceci de réflexions. Je n'ai plus revu Mme Z..., évidemment. Un moment je l'ai regretté. Car enfin cette brave femme qui est venue me prévenir m'en avait peut-être fait accroire ? Eh bien non ! Par le plus grand des hasards, j'ai appris il y a quelque temps, que sept mois après cette aventure Mme Z... avait mis au monde un garçon fort bien construit et parfaitement à terme.

Voila encore un truc débiné, madame !

C'était bien imaginé, cependant !

On en trouvera d'autres.

Dernièrement un de nos bons amis, un de nos très sympathiques confrères, est appelé en hâte chez une dame de son voisinage.

C'était pour une fausse-couche; provoquée, sans aucun doute. D'ailleurs, il y avait dans le fond de la chambre, une accoucheuse qui y faisait triste mine.

Après avoir prescrit, et indiqué les soins nécessaires, notre ami se retire, et, sur le pas de la porte, attirant l'accoucheuse, lui dit :

Voyons, madame, avouez que vous y êtes pour quelque chose ?

« Och ! qu'est-ce que vous voulez mossieur le docteur, dit-elle en ce joyeux français que vous connaissez, il faut bien faire ça pour vivre, depuis que les médecins font des accouchements ! ! »

Je termine sur ce mot extraordinaire.

Toute réflexion en diminuerait l'énormité.

(*La Clinique*.)

—

Les sages-femmes en Pologne. — On les divise 1° en sages-femmes diplômées ; en matrones munies du certificat de seconde classe de l'école annexée à l'hôpital de l'Enfant-Jésus ; 3° en matrones dépourvues de toute instruction.

Les sages-femmes des deux premières catégories, sont au nombre de 1,076 dans toute la Pologne. On en compte à Varsovie une sur 716 femmes et dans les campagnes une sur 300,000. Au demeurant, sur cent accouchées, soixante-seize ont recours à l'assistance de sage-femme non diplômées.

—

Menstruation anormale. — Le *Journal d'Accouchements* a rapporté, dans le n° d'avril dernier, l'histoire d'une fillette régulièrement réglée à l'âge de 2 ans. « Elle a les mamelles développées, le pubis et les cavités axillaires fournis de poils. » Le Dr Comarmond, médecin à Lyon, a observé une enfant qui présenta, dès l'âge de 3 mois, tous les signes de la puberté : apparition des règles, développement des seins, mont de Vénus recouvert de poils noirs, crépus, épais. A l'âge de 7 mois, « la vivacité des yeux semblait déjà exprimer des désirs ».

Un fait qui présente un caractère incontestable d'authenticité a été l'objet d'une savante communication de la part de M. le Dr Molitor, d'Arlon. Il s'agit d'une fille qui fut pubère à 4 ans et enceinte à 8 ans et quelques mois (Ac. de méd. de Belgique. *Bulletin* 1878, p. 79).

Saint Irénée va plus loin encore, lorsqu'il écrit : » Uxor remansit « in sodomis, jam non caro corruptibilis, sed statua salis semper ma- « nens, et per haturalia ea quæ sunt consuetudinis hominis osten- « dens. » (Livre IV. chap. II.)

Un poëte du temps de Henri II, a traduit cette phrase dans son style gaulois :

La femme à Loth, quoique sel devenue,
Est femme encor ; car elle a ses menstrues.

BIBLIOTHÈQUE

I. Maladies du cœur et des vaisseaux (artério-sclérose, aortites, cardiopathies artérielles, angine de poitrine, etc.), par Henri Huchard. — Paris 1889, O. Doin, éditeur.

C'est toujours une bonne fortune pour le public médical quand un mé-

decin, qui a consacré une partie de sa vie à étudier un groupe de maladies et qui a écrit sur un sujet déterminé une série de mémoires originaux peut enfin juger son œuvre terminée et condenser en un volume tous ses travaux antérieurs, épars jusque là dans les comptes rendus des sociétés savantes et dans les collections difficiles à manier des journaux de médecine. Ces considérations s'appliquent tout particulièrement à l'ouvrage remarquable que vient de faire paraître M. Henri Huchard et que nous sommes heureux de présenter à nos lecteurs. Nous ne nous attarderons pas à rappeler la compétence bien connue du savant médecin de Bichat pour tout ce qui a trait aux maladies du cœur et des vaisseaux, nous n'insisterons pas sur les progrès qu'il a fait faire à la science dans les questions d'artério-sclérose, d'angine de poitrine, etc., et nous n'avons pas à citer ses belles études sur le rôle de l'hypertension artérielle dans les maladies, tout cela est bien connu de nos lecteurs, qui savent aussi quelles brillantes qualités d'exposition et quelle clarté du style caractérisent la manière de M. Huchard. En pareille circonstance, les éloges sont superflus.

Après un chapitre préliminaire sur l'historique des cardiopathies artérielles, l'auteur consacre une première série de leçons aux indications thérapeutiques qui visent la maladie, le malade ou le remède, aux indications thérapeutiques relatives à la pathogénie, à la lésion, aux symptômes et aux diathèses, etc. La tension artérielle dans les maladies et ses indications thérapeutiques fait le sujet des 4e et 5e leçons. Vient ensuite l'étude de l'aortite aiguë, puis successivement celles de l'artério-sclérose en général, de l'artério-sclérose du cœur (cardiopathies artérielles), de l'artério-sclérose des goutteux et de la goutte rénale, de l'angine de poitrine vraie et des nombreuses fausses angines de poitrine qu'il serait trop long d'énumérer ici. Le diagnostic et le traitement des angines de poitrine sont exposés avec tout le soin que mérite une question si importante.

Ajoutons, en terminant, que l'ouvrage est enrichi de 4 superbes planches chromolithographiées hors texte, et n'oublions pas de mentionner la série d'observations qui constituent comme la base inébranlable de ce bel édifice qui fait le plus grand honneur à la science française.

J. B.

II. Algunos datos importantes para la chirurgia gynecologica, por el Dr Nicolas San Juan. Mexico 1889.

III. La clinique d'accouchements de la Faculté libre de médecine de Lille (1887-1889), par le Dr G. Eustache, Lille 1889.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

1. — Lotions contre le prurit vulvaire. — Ces lotions doivent être employées chaudes et peuvent se formuler ainsi :

Hyposulfite de soude....................	30 gr.
Acide phénique........................	5 gr.
Glycérine............................	20 gr.
Eau..................................	500 gr.

Elle rendent les mêmes services contre le prurit anal.

(*Rev. gén. de clinique et de thérap.*).



2. — Du traitement de la toux utérine par le valérianate de quinine. — Il s'agit de toux purement réflexes existant isolément ou s'accompagnant de troubles vertigineux et de céphalalgie.

L'association des propriétés antispasmodiques des dérivés de la valériane avec les vertus de la quinine, peut rendre contre elle de grands services. Ainsi s'expliquent les succès du valérianate de quinine, que l'on peut formuler en solution ou en pilule. En solution, quelques gynécologistes l'associent à la décoction de café noir.

Potion au valérianate de quinine. — On administre une, deux ou trois grandes cuillerées de cette potion après le repas :

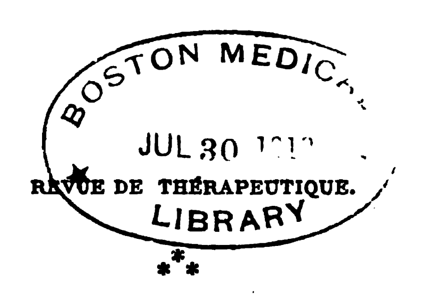
P. Valérianate de quinine.................	1 gr.
Infusion de café noir..................	120 gr.
Sirop simple.........................	40 gr.

F. s a.

Pilules au valérianate de quinine. — On prescrit une de ces pilules après chaque repas et on les formule ainsi :

P. Valérianate de quinine....................	1 gr.
Extrait de quinquina......................	2 gr.

F. s a. et divisez en dix pilules semblables.



***

3. — **Des injections d'eau chaude prolongées dans l'épithélioma du col de l'utérus**, par M. de Tornery, interne des hôpitaux. — Lorsque la première période, dite latente, du cancer du col de l'utérus a disparu pour faire place à une phase plus accusée, où surviennent les douleurs, les hémorrhagies, l'écoulement ichoreux caractéristique, la situation des malades, les médecins ne le savent que trop, devient de plus en plus précaire. Epuisées par des pertes de sang continuelles, énervées par des souffrances souvent atroces qui empêchent tout repos, empoisonnées par la résorption des matières putrides, qui vont quelquefois jusqu'à déterminer une fièvre d'origine septique, les malheureuses femmes tombent dans un marasme profond, avant-coureur d'une mort inévitable. Nous nous sommes trouvé bien des fois, pendant notre séjour dans les hôpitaux, en présence de ces cas contre lesquels la science ne peut rien et nous avons toujours déploré notre impuissance. Les piqûres de morphine prodiguées *larga manu* atténuent, il est vrai, les douleurs, mais elles dépriment le système nerveux et contribuent à enlever le peu d'appétit qui reste. Les injections antiseptiques, pour être réellement désinfectantes, doivent être fréquemment renouvelées : enfin le perchlorure de fer, tout en diminuant les hémorrhagies, a le tort grave d'être fort douloureux.

Ayant employé depuis quelque temps avec beaucoup de succès les injections d'eau chaude prolongées dans diverses affections utérines, nous nous sommes demandé si ce moyen si simple, si inoffensif, ne donnerait pas également des résultats favorables dans les cas d'épithélioma du col de l'utérus. Bien entendu, il ne s'agissait pas d'entreprendre une cure radicale d'une affection regardée justement comme au-dessus des ressources de la médecine, lorsque l'ablation de l'utérus est contre-indiquée, mais de pallier certains symptômes. La marche de la maladie serait ce qu'elle voudrait ; nous désirions simplement apporter quelques soulagements aux malades.

Avec l'assentiment très gracieux de nos maîtres, M. Pozzi et M. Moutard-Martin, auxquels nous adressons ici nos remerciements les plus sincères, nous avons pu, à Lourcine en 1886 et à Saint-Antoine en 1887, appliquer ces injections d'eau chaude à de nombreux cas d'épithélioma du col de l'utérus. Plusieurs de nos collègues dans les

hôpitaux ont bien voulu contrôler dans leur service les effets produits par cette méthode qui a été mise également en usage par des médecins de quartier auprès de leurs clientes. Remercions tout particulièrement notre maître M. Chéron qui a bien voulu donner des conseils, et surtout M. Jules Batuaud, interne à Saint-Lazare qui non seulement nous a communiqué ses observations, mais encore nous a fait part de ses remarques personnelles.

Il résulte de tous les faits recueillis par moi-même ou par d'autres, et qui figureront dans une monographie sur l'emploi de l'eau chaude en gynécologie, les conclusions suivantes :

1° Les injections d'eau chaude à la température de 30 à 40° prolongées, c'est-à-dire continuées au moins pendant une demi-heure et faites deux fois par jour, une le matin et une dans l'après-midi vers 4 heures, désinfectent très bien le vagin, en nettoyant complètement ce canal, et en diminuant considérablement la sécrétion ichoreuse. Ce n'est pas là un mince avantage pour la malade et son entourage.

2° Les injections d'eau chaude prolongées atténuent singulièrement les pertes de sang ; il en résulte une reprise très marquée dans l'état général. L'action hémostatique bien connue de l'eau chaude suffit parfaitement pour expliquer l'arrêt des hémorrhagies.

3° Dans la majorité des cas, les douleurs sont très amoindries et l'on n'a plus besoin d'avoir recours aux piqûres de morphine dont nous avons signalé plus haut les inconvénients.

Nous avons vu aussi plusieurs fois les masses épithéliomateuses se ratatiner, se durcir, diminuer de volume et leur marche envahissante semblait suspendue. Nous n'avons pas pu, malheureusement, suivre pendant bien longtemps ces cas heureux, parce que, comme cela n'a lieu que trop souvent, les patientes notablement soulagées s'ennuyaient de leur séjour à l'hôpital et réclamaient leur sortie. Chez une malade observée en ville, la rémission dure depuis 4 mois. Il est certain que l'on ne fait que retarder le dénouement fatal ; mais n'est-ce pas déjà quelque chose de rendre moins pénible une existence autrefois si misérable ? Si l'on n'a pas pu guérir, ce qui n'est pas toujours donné au médecin, on aura du moins rempli la deuxième partie du célèbre précepte, c'est-à-dire soulagé et consolé !

***

4. — **Tumeurs fantômes.** — Les anglais donnent cette curieuse dénomination aux fausses tumeurs de l'abdomen, rétention d'urine, amas de matières fécales, développement graisseux de l'épiploon, etc., simulant les kystes ovariques et donnant parfois la sensation de flot.

Quel est le traitement des tumeurs fantômes ? M. N. Parker a insisté sur le régime diététique, entretenir la liberté du ventre, combattre l'hypéresthésie abdominale ou modérer la susceptibilité nerveuse de l'estomac. C'est assez banal.

On guérit ces tumeurs en traitant l'état nerveux. Dans ce but, M. W. Pipper prescrit après chaque repas une mixture anti spasmodique ainsi formulée :

R.	Bromure de sodium...............	0 20 à 0,25 cg.
	Acide cyanhydrique médicinal......	1 goutte.
	Eau... q. s. (F. s. a).	

Au besoin il administre la pepsine ; enfin, à l'extérieur, si l'estomac paraît en cause, il pratique une révulsion cutanée légère au moyen de badigeonnages de teinture d'iode.

C'est un moyen fort innocent, ajouterons-nous, et qui emprunte, sans nul doute, son efficacité à une sorte de suggestion exercée sur le malade.

La suggestion et l'hypnotisme sont aussi conseillés, dans ces cas bien curieux, par notre éminent gynécologiste le Dr J. Chéron.

(*Rev. de thérap. méd. chirurg.*).



5.— **Lotion contre le prurit vulvaire**. (Georges.)

Borate de soude......................	5 grammes.
Lait de benjoin.......................	40 —
Décoction de feuilles de noyer..........	300 —

Faites dissoudre. — On fait plusieurs lotions chaudes par jour, avec une éponge imbibée de cette solution. On saupoudre ensuite avec une poudre inerte.



6. — Opérations pratiquées pendant la grossesse. — A la *Leeds medico-chirurgical Society*, M. ROBSON a rapporté cinq cas d'opérations pratiquées chez des femmes enceintes ; en aucun cas il ne s'est produit d'accouchement prématuré. Les cinq faits comprenaient : 1° fibrome de l'utérus bouchant le vagin, enlevé au septième mois de la grossesse ; 2° carcinome du sein et ganglions axillaires enlevés au troisième mois ; 3° kyste multiloculaire papillomateux de l'ovaire, enlevé dans la dixième semaine ; 4° hernie crurale étranglée, opérée pendant le troisième mois ; 5° torsion du pédicule d'un kyste ovarien, donnant lieu à des symptômes nécessitant une intervention ; ovariotomie pendant le douzième mois ; guérison.

M. TEALE a rappelé qu'il avait fait quatre fois l'ovariotomie sur des femmes enceintes ; toutes ont avorté ; une a succombé.

M. ATKINSON a fait remarquer qu'il faut opérer les malades sans se préoccuper de la grossesse, en se basant sur la gravité des symptômes et sur la nature de la maladie.

⁂

7. — Pilules toniques antispasmodiques et laxatives.

Tartrate de fer et de potasse.......	10 grammes.
Poudre d'aloës..................	ââ 2 grammes
— de castoreum............	
— de safran................	1 —
Extrait de noix vomique..........	1 —
— de belladone.............	0,50 centigr.
Térébenthine de Venise...........	4 grammes.

F. s. a. 100 pilules. Trois fois par jour en mangeant.



8. — Traitement de la constipation habituelle par l'électricité, par le docteur HAMMONEL. — Peu de livres s'occupent de ce moyen. Hammonel relate l'histoire de 41 cas de constipation chronique traités par le courant galvanique. Celui-ci lui a toujours le mieux réussi par l'introduction de l'électrode négatif dans l'anus, mieux que par son application sur l'abdomen.

La faradisation peut utilement être employée pour donner du ton

aux muscles de l'abdomen ; elle a été appliquée une fois. Ses effets sont particulièrement manifestes quand le patient en est arrivé à devoir recourir à de forts cathartiques pour obtenir une selle. D'autres membres (docteurs Currier, Burt et Hopkins) vantent aussi l'emploi du courant électrique ; celui-ci relève aussi la tonicité d'autres viscères creux de la vessie par exemple. Pour certains même il aurait eu une heureuse influence dans le traitement de l'incontinence nocturne d'urine.



9. — Traitement de la vaginite aiguë. (OZENNE.) — Les inflammations de la muqueuse du vagin peuvent être combattues par un certain nombre de moyens qui varient suivant la période de la maladie et suivant sa nature et son intensité.

On a cherché, comme pour la blennorrhagie chez l'homme, à faire avorter la vaginite blennorrhagique. Malgré les succès signalés par Becquerel et par quelques auteurs, cette pratique a été presque unanimement rejetée, car bien souvent les cautérisations n'atteignaient pas tous les points malades, et d'autre part, elles avaient pour conséquence d'augmenter les douleurs et les sécrétions.

Au début, quand les symptômes de l'inflammation sont très accusés, il faut avoir recours à la médication émolliente. *Différents systèmes de balnéation* s'imposent donc ; on prescrira soit les bains de siège tièdes additionnés d'une décoction de racine de guimauve et d'une solution antiseptique, soit les bains généraux, bains de son, d'amidon, etc., bains médicamenteux que l'on ne craindra pas de prolonger et de répéter chaque jour. Comme la cavité vaginale n'est en réalité qu'une cavité virtuelle, normalement close par l'accolement de ses parois, si l'on veut tirer quelque profit des bains il est nécessaire de maintenir écartées les parois vaginales ; c'est ce que l'on obtiendra par l'introduction d'une grosse canule en caoutchouc munie de larges orifices.

Si la vulve participe à l'inflammation et est le siège de vives douleurs, on modère ces accidents en isolant les parties malades et en appliquant sur la région périnéale et sur le bas-ventre des compresses imbibées d'une décoction tiède émolliente, que l'on renouvelle très fréquemment : en pareil cas, il est souvent bon d'avoir recours à l'usage des lavements laudanisés ou des suppositoires belladonés et opiacés.

A ces différents moyens, on peut ajouter avec avantage l'emploi des *injections* aussitôt qu'on peut les utiliser. Elles doivent être pratiquées soit avec l'irrigateur à boule de caoutchouc, soit avec l'injecteur système d'Esmarck, en prenant certaines précautions, de telle sorte que la canule droite, que nous préférons à la canule recourbée, n'aille pas blesser le col de l'utérus, soit par son extrémité, soit en permettant au liquide de venir le frapper trop vivement. Toutefois, il faut avoir soin de l'introduire assez profondément, pour que la cavité entière soit bien nettoyée.

Les liquides que l'on emploie pour ces injections sont ordinairement des décoctions ou des solutions astringentes, dont on fait usage trois fois par jour en commençant par des doses faibles d'abord, et en augmentant progressivement suivant la tolérance des parties. Les solutions d'alun, de sulfate de zinc, d'acétate de plomb, d'acide borique, de tannin, de sublimé, trouvent ici leur emploi. L'acide picrique (50 centigr. pour 1,000 gr. d'eau) et le coaltar saponiné en émulsion au cinquième donnent également de très bons résultats. Toutefois, bien que les malades prennent soin de maintenir le bassin élevé et de conserver quelque temps l'injection, il est de nombreux cas, où la guérison est lente à s'effectuer ; aussi a-t-on recommandé d'agir plus activement. C'est ainsi que quelques auteurs, lorsque l'inflammation a perdu de son activité, et dès que la muqueuse vaginale peut tolérer l'introduction de corps assez volumineux, donnent le conseil de la cautériser avec le nitrate d'argent ; pour cela, le spéculum introduit, on promène le crayon d'abord sur la surface du col et sur les culs-de-sac vaginaux, puis sur le reste de la muqueuse, à mesure que la sortie du spéculum la met à découvert. Cette cautérisation qui doit être suivie d'une injection d'eau froide, est douloureuse, et malheureusement ne réalise pas toujours les espérances qu'elle a fait concevoir.

Il est bien préférable d'avoir recours au tamponnement, qui permet d'isoler entièrement les surfaces malades.

Voici comment on le pratique : Lorsque le spéculum est en place, on remplit la cavité vaginale de boulettes de gaze antiseptique, roulées dans quelque poudre astringente, tannin, alun, etc.., et par-dessus les dernières boulettes, placées à mesure que l'on retire l'instrument, on applique un gros tampon de ouate, qui maintient le tout à demeure. Toutes les 24 heures, ce pansement est renouvelé, après plusieurs injections faites largâ manu.

Dans le cas où l'introduction du spéculum serait trop douloureuse on peut avec grand avantage se servir des appareils (porte-tampon, etc.), de Delisle, de Chéron, de Terrillon qui permettent l'auto-introduction de sachets de pommades ou de poudres médicamenteuses.

Sous l'influence de cette médication, à laquelle s'ajoute un traitement général, en rapport avec l'état constitutionnel, la maladie est guérie dans un laps de temps qu'on peut évaluer en moyenne à 25 jours. Dans le cas où les accidents persistent, on doit rechercher s'il n'existe pas des granulations ou des ulcérations qu'il faut traiter par la cautérisation. Enfin si la maladie passe à l'état chronique, les mêmes moyens sont encore applicables, mais à la condition qu'ils soient plus énergiques.

(*Bull. Méd.*).

⁂

10. — Traitement du rachitisme.

Phosphore....................	0,01	centigr.
Huile d'amande douce..........	30	gramm.
Gomme arabique en poudre....	ãã 15	—
Sucre de canne en poudre......		
Eau distillée..................	40	

Deux ou trois cuillerées à café par jour. (*Mont. méd.*).

⁂

11. — Solution contre le mal de mer. (W. Otto.)

Chlorhydrate de cocaïne......	0 gr. 50	centigr.
Eau distillée................	4 gr. 50	—

Faites dissoudre. — Trois fois par jour, on en administre de 4 à 5 gouttes sur un petit morceau de glace. L'auteur, grâce à l'emploi de ce moyen, a vu les vomissements cesser, les nausées disparaître, et le sommeil s'établir tranquillement. Il l'a employé avec succès chez les femmes enceintes. (*L'Union médicale.*)



12. — A propos du traitement du catarrhe utérin par les badigeonnages au chlorure de zinc. (Dr Vergely.) — Une méthode de traitement du catarrhe utérin par le chlo-

rure de zinc, méthode très analogue à celle que la *Semaine médicale* a signalée dans son dernier numéro, est utilisée par la plupart de mes collègues de l'hôpital Saint-André (de Bordeaux) depuis longtemps et par moi particulièrement depuis sept ans.

Le chlorure de zinc me paraît indiqué dans les catarrhes utérins du col et du corps à forme légère et qui ne réclament pas l'écouvillonnage ou le curettage, que ces catarrhes soient diathésiques, spécifiques ou traumatiques.

Voici le traitement que j'emploie :

Huit jours après l'écoulement menstruel constaté, après s'être assuré qu'il n'y a pas de points douloureux trop sensibles dans les régions péri-utérines et péri-ovariennes :

1° Le vagin et le col utérin sont lavés, à plusieurs reprises, avec de l'eau boriquée chaude (15 %) additionnée de 0,05 centigrammes de sublimé au 1/100 ;

2° La cavité cervicale du col et la cavité utérine sont nettoyées avec une tige de baleine flexible courbée au feu dans le sens du canal cervico-utérin et enveloppée d'ouate hydrophile imprégnée de magnésie pour bien enlever les mucosités utérines. Après avoir enlevé soigneusement les mucosités, le canal est frotté avec de l'ouate sèche, une troisième fois, puis je procède à la cautérisation avec de l'ouate hydrophyle imbibée d'une solution de chlorure de zinc à 1/20 dans l'eau distillée.

Après m'être assuré que cette cautérisation légère est bien supportée pendant deux ou trois fois, à huit jours d'intervalle, je cautérise, si le besoin s'en fait sentir, avec une solution *concentrée* de chlorure de zinc.

Cette cautérisation est rarement douloureuse, si ce n'est sur les cols très enflammés, très congestionnés. Dans ce dernier cas on voit sourdre une certaine quantité de sang très rouge et les malades accusent une vive douleur dont la durée est quelquefois de cinq à six heures.

Quand il y a des fongosités ou que l'ulcération ne cède pas assez vite au chlorure de zinc, la solution suivante nous a rendu des services :

Acide chromique cristallisé.........	1 gramme.
Eau distillée......................	3 —

Ce caustique, très vanté par Kœberlé, est fort peu douloureux ; il forme une eschare jaune qui se détache au bout de six jours, laissant une place nette. On peut l'appliquer alternativement avec le chlorure de zinc.

Après écouvillonnage de la cavité utérine pour des catarrhes d'une certaine intensité et d'origine blennorrhagique, je me suis très bien trouvé de l'injection de 10 gouttes de la solution de chlorure de zinc à 1 p. 20.

Quand on emploie ces caustiques liquides, il est d'usage d'en imprégner complètement l'ouate, mais il faut éviter qu'ils n'aillent se répandre dans des parties qui ne doivent pas être touchées.

Il est également bon d'envelopper le col d'une collerette d'ouate, de faire une injection d'eau boriquée chaude et de garder la malade au lit pendant vingt-quatre heures. (*Sem. Méd.*).



13. — De l'emploi de la belladone et du cannabis indica en gynécologie, par M. le Dr W. Farlov. — L'auteur affirme que ces végétaux sont des sédatifs utérins, agissant sur les douleurs dont le point de départ est le petit bassin et ajoutent à ces vertus, des propriétés laxatives fort précieuses en gynécologie. Il les prescrit donc contre les douleurs dysménorrhéiques des jeunes filles, les douleurs ovariques et les accidents de la ménopause. (*Boston, Med. and Surg. Journal*, 23 mai 1889.)

Il les administre sous la forme de suppositoires, contenant chacun, par parties égales, un quart de gramme d'extrait de belladone et d'extrait de cannabis indica. Ces suppositoires sont appliqués le soir et continués pendant plusieurs jours. On peut même augmenter la dose du double pour certaines femmes qui tolèrent bien ces médicaments.



14. — Traitement de la blennorrhagie chez la femme, par M. le Dr Schmitt. — Dans cet important travail, notre confrère nancéen, établit et conclut que pour traiter rationnellement cette affection chez la femme, on doit combattre non seulement l'endométrite et l'uréthrite, mais encore chacune des localisations de l'inflammation gonorréhique. (*Revue méd. de l'Est*, août 1839.)

La *vulvite* sera traitée par le repos au lit, et les compresses glacées contre la douleur. On pansera les érosions par des attouchements avec le nitrate d'argent au vingtième, et on interposera entre les replis cutanés, des tampons d'ouate imbibée de la solution de sublimé au millième ou de biiodure au quatre millième.

La *vaginite* blennorrhagique, contestée par quelques auteurs, n'est point douteuse pour M. Schmitt. Il propose de la traiter ainsi : Au début, pendant la période inflammatoire, repos au lit, bains de siège, grands bains ; isolement des lèvres par un tampon d'ouate hydrophile ; après quelques jours, dès que l'introduction de la canule vaginale est possible : irrigations avec la solution de biiodure de mercure au dix millième et faisant usage pour chaque lavage de deux litres de ce liquide, puis tamponnement avec le coton imbibé de glycérine iodoformée.

L'uréthrite ne cède pas aux balsamiques : M. Schmitt la combat donc avec les cautérisations par le nitrate d'argent et plus tard au moyen d'instillations quotidiennes d'une solution argentique au cinquantième.

Même traitement de la *métrite* blennorrhagique en introduisant le crayon de nitrate d'argent dans le col utérin aussi profondément que possible. S'il existe des ulcérations, on les cautérise avec le même topique, puis on les saupoudre de salol.

M. Schmitt recommande de surveiller attentivement *l'état général* et de prescrire les amers, les ferrugineux et les alcalins. Il ajoute enfin que scrupuleusement observée par des malades dociles, cette médication triomphe des blennorrhagies dans l'espace de huit à quinze jours en moyenne.

(*Rev. gén. de chir. et de thérap.*)



15. Rétroflexion chronique de l'utérus accompagnée de graves souffrances, cessation des accidents et guérison définitive par l'excision de la portion du col rétrofléchi, par M. le docteur Triare (de Tours). — Quand l'utérus, chroniquement rétrofléchi, résiste à tous les procédés de réduction, ou est rebelle à tous les moyens de contention, l'embarras du chirurgien et surtout les soucis de la malade deviennent extrêmes, car il ne reste alors qu'à abandonner celle-ci à elle-même sous le couvert d'insuffisants palliatifs, ou à pratiquer l'opération d'Alexander, qui, malgré son origine nationale, pénètre à peine dans la pratique chirurgicale française.

Nous avons eu l'occasion, à la fin de l'hiver dernier, d'employer un autre procédé opératoire qui, jusqu'à présent, à notre connaissan-

ce du moins, n'a pas été appliqué aux déviations utérines : c'est la simple excision de l'angle du col rétrofléchi.

La cessation immédiate des accidents qu'éprouvait depuis huit ans la malade, et le maintien absolu de la guérison d'une infirmité si fréquemment rebelle, nous paraissent donner à ce cas un intérêt suffisant pour en rapporter ici l'histoire.

Il s'agit d'une femme du département de la Sarthe, âgée de trente-six ans, primitivement bien portante, maintenant amaigrie et d'un état général déplorable. Mariée depuis dix ans, elle n'éprouva jamais aucun malaise jusqu'à la naissance d'un enfant, resté unique, qui eut lieu il y a dix ans.

A partir du jour où elle releva de ses couches, elle commença à éprouver des douleurs lombaires et abdominales. La marche devint pénible. Plus tard, elle éprouva des souffrances dans les cuisses et fut affectée de sciatique. Insensiblement et d'année en année, sa situation s'aggrava. Elle devint dysménorrhéique, subit des ménorrhagies mensuelles, et fut obligée de se coucher pendant ses époques. La locomotion fut peu à peu plus difficile. Les sensations douloureuses dans le bassin s'aggravèrent, la miction et la défécation devinrent laborieuses et pénibles, et, à ces souffrances, s'ajoutèrent des perturbations nerveuses reflexes. Désespérée de sa situation, cette femme, décidée à tout subir pour la faire cesser, se soumit pendant des années à toutes les médications rationnelles et empiriques, et, n'éprouvant aucun soulagement à son état, vint nous consulter à Tours, pendant l'hiver de 1888.

Après avoir été mis par elle au courant des commémoratifs que nous venons d'analyser, nous procédons à l'examen direct de la malade. Au toucher vaginal nous trouvons le col derrière la symphyse pubienne, fléchi sur lui-même à angle absolument droit et de façon à ce que sa partie inférieure forme avec sa partie supérieure un crochet véritable.

La courbure siège à l'union du tiers supérieur de la portion vaginale avec les deux tiers inférieurs et rentre, par conséquent, dans la variété des flexions du col décrites par Emmet (at or below vaginal junctions).

Le col assez mince, mobile, est tout à fait dirigé en haut et il faut fortement recourber le doigt derrière la symphyse pour pouvoir l'accrocher. L'utérus renversé en arrière est perçu dans le cul-de-sac vaginal postérieur. Par la palpation bimanuelle nous constatons sa con-

tiguïté avec la portion rétrofléchie. Il ne renferme pas de tumeur et son volume n'est pas notablement accru. L'organe paraît encore doué d'une certaine mobilité. Il offre un degré modéré de sensibilité, principalement à la face postérieure, et l'examen au spéculum montre un léger degré de catarrhe aux lèvres du col. L'examen par la sonde est impossible, la déviation opposant à la pénétration du cathéter un obstacle infranchissable. Les ovaires sont très douloureux à la pression, et la sensation que ressent la malade quand on les explore est analogue à la souffrance qu'elle éprouve pendant l'effort de l'émission des garde-robes.

Il s'agissait donc dans ce cas d'une rétroflexion utérine localisée à la portion intra-vaginale du col et reconnaissant comme cause probable une ancienne périmétrite et un relâchement des ligaments suspenseurs.

Malgré la demi-mobilité conservée encore par l'utérus, le col est si nettement tordu, sa flexion est si prononcée, la déviation si ancienne, que nous n'espérons pas grand'chose de la réduction et des moyens orthopédiques. Nous tentons cependant le traitement pendant plus de six semaines et, quoiqu'il soit possible d'obtenir jusqu'à un certain point la réduction de l'organe, celle-ci demeure toujours incomplète, et tous les procédés de contention restent infructueux, ne peuvent être supportés par la patiente, et ne servent qu'à aggraver ses souffrances. Ayant conçu l'idée qu'elles pourraient être diminuées par l'excision de l'angle formé par le col, nous lui proposons cette opération qui est acceptée avec empressement.

Celle-ci est pratiquée par la méthode d'Hegar avec les modifications que lui a fait subir Simpson. On connaît ce procédé si clair, si précis et si élégant, et qui offre sur les anciennes méthodes le triple avantage de la réunion par première intention, d'une cicatrisation régulière et de la conservation de l'intégrité du canal cervical.

Quoiqu'on puisse en trouver la description dans les manuels récents de gynécologie, résumons-en les temps principaux :

Premier temps. — Les précautions antiseptiques étant préalablement prises, fixation du col à la vulve et introduction à travers son tissu de trois longs fils métalliques, un médian et deux latéraux.

Deuxième temps. — Le col est incisé horizontalement jusqu'aux sutures métalliques avec des ciseaux, et ainsi divisé en lèvre antérieure et en lèvre postérieure.

Troisième temps. — La lèvre antérieure étant relevée, les fils métalliques apparaissent au fond de la plaie, on accroche chacune d'elles, on tire à soi l'anse qui vient d'être ainsi formée et on la sectionne d'un coup de ciseaux. On possède alors six sutures, trois en haut pour la lèvre antérieure, trois en bas pour la lèvre postérieure.

Quatrième temps. — On saisit avec une pince la lèvre antérieure et on l'excise au-dessous de la ligne de la pénétration des sutures. On tord celles-ci et les lèvres de la plaie se trouvent ainsi affrontées. On agit de même pour la lèvre postérieure.

Cinquième temps. — On jette deux sutures supplémentaires sur les parois du col qui ont été incisées latéralement au deuxième temps.

L'opération est alors terminée et il ne reste qu'à réunir le faisceau des fils métalliques à la vulve, en ayant le soin de l'entourer d'un tissu antiseptique.

L'opération s'accomplit avec la simplicité que nous venons d'exposer et ne donna lieu à aucun accident.

Les fils furent enlevés le dixième jour. La réunion des lèvres du col et des parois latérales était franche et complète. Après la deuxième semaine, l'opérée put se lever et marcher sans ressentir le moindre malaise. Toutes les souffrances antérieures ont disparu.

Dix mois se sont écoulés depuis cette époque et elles n'ont jamais reparu. Elle n'éprouve plus de douleurs abdominales ni lombaires, la marche est aisée, la miction et la défécation s'accomplissent sans difficultés, les phénomènes nerveux ont disparu ; l'opérée a repris sa vie ordinaire et la cure paraît absolue.

(*Gazette des hôpitaux.*)



16. — Traitement de l'herpès génital. — Cet herpès est sec ou humide : de là deux indications différentes :

1° *L'herpès est sec* : M. Besnier conseille, dans ce cas, les onctions quotidiennes avec la vaseline.

On peut employer utilement aussi les onctions avec l'onguent diachylon lanoliné ; ce topique a l'avantage de rester plus longtemps sur la peau et de maintenir son élasticité. En voici la formule :

Emplâtre plombagine simple......	āā 25 grammes.
Lanoline......................	
Axonge.......................	5 —

On prescrit encore le cérat lanoliné de Stern :

Lanoline........................ } Cérat jaune..................... }	āā 20 grammes.
Huile d'olive....................	10 —

F. s. a. une douce chaleur.

2° *L'herpès est humide* : On pratique des lotions avec une solution phéniquée ou boriquée très étendue et on les fait suivre d'un pansement avec des poudres astringentes. Parmi ces dernières, voici celle que M. Besnier recommande :

Amidon finement pulvérisé........	100 grammes.
Nitrate de bismuth...............	1 —
Tanin............................	5 —

FORMULAIRE

—

De l'utilité des injections hypodermiques de morphine et d'atropine avant l'anesthésie dans les opérations gynécologiques. (Dr Jules Chéron.)

Il y a quelques années déjà, un physiologiste de Paris, M. Dastre, faisait une importante communication à la Société de Biologie, sur les avantages que présente l'association des injections hypodermiques de morphine et d'atropine avec les inhalations chloroformiques, pour obtenir l'anesthésie chez les animaux en expérience. Il avait remarqué que, lorsqu'il avait eu recours aux injections sous-cutanées avant d'administrer le chloroforme, il avait, dans tous les cas, obtenu une anesthésie rapide, la période d'excitation était supprimée ou n'avait qu'une durée minime, la résolution survenait d'emblée et pouvait être maintenue avec de très faibles doses de chloroforme; enfin, les vomissements faisaient presque toujours défaut pendant et après l'expérience.

C'étaient, comme on le voit, des avantages sérieux pour les opérations chirurgicales en général et tout particulièrement pour les opérations gynécologiques.

Dans les opérations gynécologiques en effet, on se trouve parfois en présence de malades épuisées, auxquelles il peut être dangereux de faire inhaler une grande quantité de chloroforme; en outre, l'anesthé-

sie doit souvent être prolongée pendant 3/4 d'heure, 1 heure et même davantage. Dans ces conditions, il n'est pas indifférent d'employer telle ou telle méthode d'anesthésie, d'avoir une période d'excitation plus ou moins longue, de pouvoir maintenir la résolution avec de faibles ou de fortes doses de chloroforme.

Les vomissements survenant pendant l'opération obligent momentanément à l'interrompre et en augmentent d'autant la durée ; après l'opération, les mêmes vomissements défont le pansement, dérangent les sutures et empêchent quelquefois la réunion par première intention, si nécessaire au succès dans les autoplasties.

Il y avait donc un grand intérêt pour nous à expérimenter la méthode de M. Dastre et c'est dans notre service de Saint-Lazare que nous en avons fait d'abord usage.

Je ne citerai qu'un cas dans lequel l'anesthésie dut être maintenue pendant 3/4 d'heure, la malade portant d'énormes papillomes ano-vulvaires qu'il s'agissait d'exciser avec mon forcipresseur à lames parallèles et le thermo-cautère. Les premières inhalations furent faites 1/4 d'heure après l'injection sous-cutanée de morphine et d'atropine ; la résolution survint, complète d'emblée, sans aucune excitation, au bout de quelques minutes. La dose de chloroforme employée ne dépassa pas 20 grammes. La journée se passa sans aucun trouble nauséeux, sans aucun vomissement, bien que la malade eût pris des aliments liquides, le soir même de l'opération.

Dernièrement, j'ai eu recours dans ma clientèle à la même méthode d'anesthésie pour un cas de raclage de la cavité utérine avec ignipuncture profonde du col. La dose de chloroforme nécessaire fut tout au plus d'une dizaine de grammes ; l'opération avait duré vingt-cinq minutes. L'état nauséeux fit défaut comme dans le cas précédent.

Je crois donc pouvoir conseiller à mes confrères d'avoir recours à cette nouvelle méthode d'anesthésie.

Voici la formule :

> Chlorhydrate de morphine, dix centigrammes.
> Atropine, vingt-cinq dixièmes de milligramme.
> Eau distillée, q. s. pour faire 10 centimètres cubes.

Pour injections hypodermiques.

Faire une injection d'un centimètre cube (un centigramme de morphine et 1/4 de milligramme d'atropine) 1/4 d'heure avant l'anesthésie chloroformique.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont (Oise).— Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

Le crayon de chlorure de zinc dans le traitement des endométrites ; parallèle avec le curettage de la cavité utérine.

Nous n'avons, jusqu'à ce jour, consacré que quelques lignes à la question du traitement des endométrites par les crayons de chlorure de zinc. Nous attendions, en effet, pour porter un jugement définitif, que des documents plus complets eussent été mis à notre disposition par les partisans de cette méthode thérapeutique.

Actuellement, nous possédons, grâce à la thèse récente de M. A. Lauth (1) un résumé intéressant des 177 cas d'endométrite traités par le chlorure de zinc, à l'Hôtel-Dieu de Paris, depuis que M. Dumontpallier (2) a transporté, dans cet hôpital, la méthode déjà préconisée en 1882, par M. Polaillon (3), et expérimentée par lui en 1883, dans son service de la Pitié.

Nous avons eu, d'autre part, la bonne fortune d'assister à un certain nombre d'essais de contrôle, faits par notre savant

(1) Du traitement de l'endométrite par le bâton de chlorure de zinc. *Th. de Paris*, 27 déc. 1889.

(2) Traitement local de l'endométrite. *Acad. de méd.*, juin 1889.

(3) *Annales de Gynécologie*, juillet 1882.

maître, M. le Dr Chéron, dans son service de Saint-Lazare, et nous avons pu suivre les malades.

Nous sommes donc en mesure, aujourd'hui, de discuter avec fruit ce sujet, et de faire, en toute connaissance de cause, le parallèle entre le curettage et la cautérisation au chlorure de zinc dans le traitement des endométrites.

Les crayons de chlorure de zinc généralement employés sont composés de 1 partie de chlorure de zinc pour 2 parties de farine de seigle ; ils ont 4 à 5 millimètres de diamètre ; on les coupe à la longueur voulue, pour chaque cas, de façon à ce que l'une de leurs extrémités puisse atteindre le fond de la cavité utérine tandis que l'extrémité opposée affleure l'orifice externe du col.

Après avoir pris les précautions antiseptiques habituelles, on découvre le col au moyen du spéculum, on mesure la longueur de l'utérus avec l'hystéromètre, on coupe le crayon à la longueur ainsi obtenue, et on porte le crayon, dans la cavité utérine, au moyen d'une pince à pansement. Un tampon d'ouate hydrophile ou de gaze iodoformée, placé dans le cul-de-sac postérieur, protège le vagin. Une grande injection est pratiquée pour enlever, s'il y a lieu, les parcelles de caustique qui auraient pu tomber dans le vagin et un tampon iodoformé est placé sur le col pour maintenir le crayon et empêcher la production d'eschares vaginales.

La malade, portée dans son lit, doit garder le repos absolu comme après le curettage. Pendant les premiers jours on prend soin de combattre les douleurs, les vomissements, la rétention d'urine qui sont habituels après l'application du crayon caustique. Puis, après la chute de l'eschare, qui a lieu du 5e au 12e jour, on fait des lavages intra-utérins et, pendant plusieurs mois, la malade doit être soumise, régulièrement, à des séances répétées de dilatation du canal cervical et de la cavité utérine, pour éviter les sténoses et les atrésies consécutives qui, ainsi que nous le verrons tout à l'heure, sont loin d'être rares.

Tel est, en résumé, le manuel opératoire des cautérisations de la cavité utérine avec le crayon de chlorure de zinc. Quelques

mots maintenant sur les suites immédiates et sur les résultats éloignés de cette petite opération.

Immédiatement après l'application du crayon de chlorure de zinc, et cela, bien que la malade garde le repos le plus absolu au lit, surviennent des *douleurs* souvent assez vives et que nous n'avons jamais vues faire défaut, dans les cas que nous avons observés à Saint-Lazare. Ainsi que le dit M. Lauth (1), « ces douleurs consistent en tiraillements dans le ventre du côté de l'utérus. Chez quelques malades elles ne restent pas localisées et s'irradient dans différentes directions, prennent même la forme de névralgies ; c'est ainsi qu'on peut observer des névralgies crurale, iléo-lombaire, intercostale, avec des irradiations dans le sein, le mamelon, du côté de l'épaule. » Une fois on observa une crise de colique hépatique. Ces douleurs sont assez vives, dans bien des cas, pour ne céder ni aux badigeonnages de teinture d'iode, ni à l'application de vésicatoires et pour nécessiter l'emploi des injections de morphine. Elles durent de deux à six jours, puis elles s'atténuent pour reparaître au moment de l'expulsion de l'eschare, qui, reconnaît encore M. Lauth, « est précédée et s'accompagne de douleurs et de coliques utérines quelquefois très violentes ».

A ces douleurs se joignent, chez quelques malades, des *vomissements* qui persistent pendant plusieurs jours.

Enfin, la *rétention d'urine* est un accident relativement fréquent.

La *chute de l'eschare* qui, d'après M. Dumontpallier (2), se ferait souvent en bloc, reproduisant le moule complet de la cavité utérine, a lieu, comme nous l'avons dit, du 5e au 12e jour. M. le Dr Chéron n'a pas constaté cette expulsion totale, en une seule fois, chez les malades traitées, à Saint-Lazare, par le chlorure de zinc ; dans tous les cas, l'eschare s'est éliminée par petits lambeaux, et cela pendant une semaine environ, ce qui n'est pas sans inconvénients, puisque d'une part chaque lambeau n'était chassé de l'utérus qu'au prix de coliques pénibles et que d'autre

(1) *Loc. cit.*, p. 12.
(2) *Loc. cit.*

part l'on observait, dans les derniers jours, un peu de suppuration, due à la rétention trop prolongée et à la macération des derniers morceaux de l'eschare. Dans plusieurs des observations de M. Lauth également, il est question de pertes muqueuses et purulentes survenant pendant la période d'expulsion de l'eschare.

Les résultats immédiats de la cautérisation de la cavité utérine avec les crayons de chlorure de zinc ne sont donc pas tout à fait aussi satisfaisants qu'on le proclamait au début de l'application de cette méthode. Les résultats éloignés vont-ils contrebalancer ces inconvénients ?

En lisant les observations de M. Lauth avec soin, on est frappé de voir les *règles* revenir très peu de jours après l'introduction du caustique. La conclusion qu'il convient de tirer de ce fait est — non pas que la muqueuse se réforme très vite, comme le pensent les partisans du chlorure de zinc — mais bien que la destruction de la muqueuse par le caustique n'a pas été suffisante. Il est inadmissible, en effet, que la muqueuse puisse se reconstituer en une à deux semaines et nous savons qu'après un curettage soigneux la première époque menstruelle fait toujours défaut et que les règles ne reparaissent qu'un mois après l'opération. Nous pouvons du reste affirmer que, dans quelques cas sinon dans tous, le chlorure de zinc ne détruit pas, dans toute sa profondeur, la muqueuse utérine hypertrophiée depuis longtemps. Chez une malade de Saint-Lazare, quinze jours après l'application d'un crayon de chlorure de zinc, les hémorrhagies étant reparues avec une certaine violence, M. le Dr Chéron pratiqua le curettage devant nous : la curette ramena d'épais lambeaux de muqueuse qui avaient échappé à l'action du caustique et, dès lors, les métrorrhagies cessèrent définitivement.

Le fait n'est pas exceptionnel, puisque M. Dumontpallier, chez des malades d'hôpital qu'on suit pendant quelques mois à peine, a été obligé de faire quelquefois 2 ou 3 applications consécutives du crayon de chlorure de zinc. La *récidive* paraîtrait sans doute plus fréquente encore, d'après ce que nous avons vu à Saint-Lazare, si les malades ainsi traitées avaient pu être tenues en observation pendant six mois et surtout pendant plusieurs années.

Un autre inconvénient des crayons de chlorure de zinc c'est la *fréquence des atrésies consécutives*. « Sur 177 observations que nous avons eu l'occasion d'étudier, dit M. Lauth (1), nous avons trouvé 23 cas d'atrésie, ce qui fait 13,05 par 100. » Ces atrésies sont rapides, elles occupent parfois toute la hauteur de la cavité utérine, elles ont alors pour conséquence forcée l'*aménorrhée* et la *stérilité*. Sans doute, ces atrésies ne sont pas fatales et des séances répétées de dilatation permettent de les éviter dans le plus grand nombre de cas, mais ce résultat n'est obtenu qu'au prix d'un traitement régulier, prolongé pendant plusieurs mois. Il est bon de faire remarquer que les dilatations lentes avec les tiges de laminaire nécessitent le repos au lit; et que les dilatations extemporanées ne peuvent être faites par tous les praticiens ne serait-ce qu'à cause de l'outillage indispensable pour cela.

Si, nous appuyant sur l'analyse qui précède, nous comparons entre eux le curettage et la cautérisation avec les crayons de chlorure de zinc, dans les endométrites, nous pourrons dire, en terminant cette Revue déjà longue :

Sans doute, l'introduction d'un crayon caustique dans la cavité utérine est d'une grande facilité d'exécution et l'on comprend que ce mode de traitement ait été accepté avec enthousiasme par quelques médecins. Le curettage est, au contraire, une véritable opération, qui demande, pour être pratiquée d'une façon méthodique et bien complètement, une certaine habileté manuelle. Nous n'avons pas hésité à montrer nous-même, par quelques exemples (2), que le curettage peut, malgré l'antisepsie, entraîner des accidents funestes, lorsqu'il est pratiqué avec maladresse ou avec une trop grande brutalité. Il n'en est pas moins vrai que, bien fait, le curettage n'est pas plus dangereux que la cautérisation au chlorure de zinc.

Le curettage est une opération bien réglée, dans laquelle rien n'est laissé au hasard; il n'en est pas ainsi de la cautérisation qui,

(1) *Loc. cit.*, p. 19.

(2) A propos de quatre cas de mort à la suite du raclage de la cavité utérine. *Rev. méd. chir. des mal. des femmes*, mars 1887.

souvent est insuffisante, et qui, d'autres fois, pourra dépasser le but à atteindre.

Après le curettage, lorsque l'on suit le manuel opératoire préconisé par M. Chéron, et qui a déjà été décrit, dans ce journal, à plusieurs reprises (1), il n'y a aucune douleur, ni le jour de l'opération, ni les jours suivants.

Les soins consécutifs, après le curettage (2), sont moins longs et moins pénibles que ceux qui sont nécessaires après la cautérisation au chlorure de zinc.

Après le curettage on n'a pas à redouter les sténoses et les atrésies — avec la stérilité pour conséquence — qui se sont montrées assez fréquemment (13,05 %) à la suite des cautérisations au chlorure de zinc. Enfin, ces dernières sont loin de donner la même sécurité quant à la guérison définitive de l'endométrite.

Pour toutes ces raisons, nous n'hésiterons pas un seul instant à nous associer à l'appréciation que nous avons entendu formuler par notre savant maître, M. le Dr Chéron : « D'après ce que j'ai observé, dit-il — et nous ajouterons : d'après la lecture raisonnée des observations publiées par M. Lauth, partisan des cautérisations — le traitement des endométrites par les crayons de chlorure de zinc est un traitement très inférieur au curettage de la cavité utérine, car il est douloureux, infidèle et parfois même mauvais dans ses conséquences éloignées. »

Jules Batuaud.

CELLULITE PELVIENNE OU PELVI-CELLULITE

Paramétrite — Phlegmon ou Adéno-phlegmon pelvien

Par M. le Dr Jules Chéron, médecin de Saint-Lazare.

(*Suite*)

—

b) *Pathogénie de la cellulite pelvienne ou mieux de l'adéno-phlegmon pelvien.*

—

La pathogénie de la paramétrite, en nous restreignant aux

(1) Voir notamment, en 1886, p. 594 et 651 ; 1887, p. 129.
(2) Voir 1888, p. 258.

cas les plus fréquents, c'est-à-dire à ceux dans lesquels la cellulite n'est ni secondaire à un phlegmon abdominal, ni consécutive à une salpingo-ovarite, ne peut être comprise que de deux façons différentes : ou la cellulite est due à une phlébite utérine, ou bien elle est due à une lymphangite utérine. La théorie de la phlébite, appuyée de la grande autorité de Trousseau, ainsi que nous l'avons dit, est la première en date ; la théorie de l'adénolymphite, énoncée par Guéneau de Mussy, en 1867, définitivement établie par Lucas Championnière, en 1870, a été presque universellement acceptée, en France du moins, depuis cette époque. On n'a pas tardé à voir, en effet, que la phlébite était une lésion trop inconstante pour pouvoir expliquer tous les cas et on a démontré, au contraire, que la lymphangite ne faisait jamais défaut, quand on la recherchait avec tout le soin désirable et quand on évitait de prendre de gros troncs lymphatiques enflammés pour des veines suppurées, ainsi que l'erreur avait été commise, plus d'une fois, à une époque où les lymphatiques du bassin étaient pour ainsi dire inconnus.

Nous savons maintenant combien l'utérus est riche en vaisseaux lymphatiques ; nous savons que ces vaisseaux, qui prennent naissance dans les lacunes lymphatiques placées sur l'épithélium de la muqueuse cervico-utérine traversent la paroi musculaire pour se rendre : les uns à un ganglion rétro-pubien ou obturateur (Cruveilhier, Lebec, Guérin), les autres à un ganglion situé au milieu du tissu cellulaire du ligament large, les autres encore à une série de ganglions rétro-utérins, quelquefois à un ganglion inguinal (Delbet, Poirier). Il semble y avoir des dispositions très variables, suivant les individus, dans le trajet des vaisseaux lymphatiques et surtout dans le nombre et le siège des ganglions auxquels ils se rendent. Les anatomistes discutent sur la fréquence plus ou moins grande des diverses dispositions que nous venons de rappeler; mais peu importe, au point de vue pratique, qu'il y ait des divergences telles, entre les anatomistes, que chacun d'eux donne une description différente ; le clinicien doit admettre l'existence de chacune de ces variétés, puisqu'il peut les observer chez les malades et que chacune d'elles est

prouvée par des autopsies ou des recherches anatomiques.

Un fait indéniable, c'est la richesse de l'utérus en lacunes lymphatiques et en vaisseaux lymphatiques ; un fait indéniable également c'est que, de la muqueuse utérine où ils prennent naissance, ces vaisseaux lymphatiques se rendent à des ganglions qui sont répartis ou peuvent être répartis tout autour de l'utérus, sur les côtés de l'isthme et en arrière du corps utérin, au niveau du trou obturateur,dans l'épaisseur des ligaments larges, etc.

Or, ainsi que nous l'a montré l'étiologie de la paramétrite, c'est surtout à la suite des accouchements et des avortements et à la suite des infections instrumentales de l'utérus que la paramétrite a été observée, c'est-à-dire dans les circonstances où se trouvent réunies ces deux conditions éminemment favorables au développement d'une lymphadénite : la septicité d'une part, et, d'autre part,la destruction, sur une surface plus ou moins étendue, de l'épithélium protecteur. En dehors de ces cas, qui sont les plus fréquents, ce sont des lésions érosives, ou ulcératives de la muqueuse utérine qui ont précédé la paramétrite, lésions de nature septique comme les précédentes et par suite devant donner lieu fatalement à une lymphangite.

Le raisonnement vient donc à l'appui des résultats fournis par les autopsies pour démontrer l'existence de la lymphadénite péri-utérine. Mais pourquoi observe-t-on, ici un adéno-phlegmon juxta pubien, là, un phlegmon du ligament large, ailleurs une adénite rétro-utérine ? Faut-il, avec M. A. Guérin, nier l'existence du phlegmon du ligament large ? Faut-il admettre, avec Courty et avec Martin (de Berlin), qu'il existe deux maladies dictinctes : le phlegmon péri-utérin d'une part et l'adénite d'autre part ?

Si le lecteur a compris la pensée qui m'a fait donner, à dessein, une description très éclectique des ganglions et des lymphatiques péri-utérins, il a deviné qu'à mon avis, les différents types cliniques de paramétite décrits par les auteurs doivent être tous acceptés comme répondant à des faits exacts, en rapport avec des différences individuelles dans la disposition anatomique. Nier

l'existence du phlegmon du ligament large, ce serait nier des faits maintes fois constatés par des cliniciens de haute valeur et je ne saurais suivre M. A. Guérin dans cette voie. Enfin, je crois qu'il est facile de comprendre pourquoi il y a tantôt adénite simple, tantôt adéno-phlegmon et il me semble illogique de ne pas voir, dans ces deux types cliniques, une seule et même affection. Dans les deux cas, en effet, l'étiologie est la même : lésion septique de l'utérus et déchirure de l'épithélium ; dans les deux cas, une première étape est constituée par une lymphite utérine ; dans les deux cas aussi, il y a lymphangite péri-utérine. Quant aux ganglions qui seront pris, — et on ne conçoit pas qu'ils ne puissent pas l'être, dans les deux cas — ce sont tantôt les ganglions de l'isthme, tantôt les ganglions rétro-utérins, ici le ganglion obturateur, ailleurs celui du ligament large suivant le siège de la plaie initiale (vaginale ou utérine) et suivant la disposition des ganglions chez telle ou telle malade.

On ne peut donc se refuser à admettre, dans tous ces cas, l'existence de la lymphadénite ; elle représente une lésion constante.

L'adénite péri-utérine une fois établie, que va-t-il en résulter ?

On sait que l'existence du tissu cellulaire rétro-utérin est mise en doute par la plupart des anatomistes, en sorte qu'on peut dire que, s'il existe, il est une quantité négligeable. Par suite, si les lymphatiques de la face postérieure du col de l'utérus sont seuls atteints, il existera une adénite rétro-utérine sans cellulite concomitante, ainsi qu'il en a été rapporté des observations très nettes, notamment par Courty. On comprend, au contraire, qu'une adénite du ligament large, vu l'abondance relative du tissu cellulaire qui entre dans la texture de ce ligament, s'accompagnera forcément de péri-adénite ; or, cette péri-adénite pourra s'étendre à une partie plus ou moins étendue du ligament large et même, si le ganglion suppure et si sa coque se rompt au sein du tissu cellulaire qui l'entoure, on verra se produire un véritable phlegmon du ligament large, phlegmon suppuré, dans lequel l'adénite ne sera plus reconnaissable à l'autopsie. Pour établir la succession des phénomènes, il suffit de quelques faits bien observés, dé-

montrant la transition entre l'adénite et l'adéno-phlegmon. Tel est, par exemple, le cas de M. Siredey (1) dans lequel, à l'autopsie d'une malade morte à la suite d'une cautérisation du col, on trouva un phlegmon du ligament large contenant un ganglion très volumineux et enflammé.

Il n'y a donc pas de raison sérieuse pour décrire comme des maladies distinctes l'adénite péri-utérine et la cellulite pelvienne, puisque cette dernière est toujours un adéno-phlegmon. Il est superflu, en effet, de réfuter l'erreur dans laquelle est tombé Martin (de Berlin) (2) lorsqu'il a écrit que, contrairement au phlegmon pelvien, lequel pourrait s'observer aussi bien pendant l'état puerpéral qu'en dehors de lui, l'adénite péri-utérine ne se rencontrerait jamais dans l'état puerpéral. Ne sait-on pas que les premières observations de lymphadénite péri-utérine qui aient été publiées sont précisément des cas de lymphadénite puerpérale ? Nous n'avons qu'à rappeler, à ce sujet, les autopsies contenues dans les travaux de MM. Lucas Championnière (3), Fiouppe (4), Auger (5) et A. Guérin (6), pour ne citer que les plus anciennement connues.

Ainsi, nous admettons qu'à la suite des lésions septiques de l'utérus, et surtout du col, il se fait une lymphadénite qui pourra aboutir à l'adéno-phlegmon, si le ganglion ou les ganglions enflammés se trouvent au milieu d'une masse de tissu cellulaire ; et pour prendre deux cas bien tranchés, nous dirons qu'il existe une adénite rétro-utérine, qui persiste à l'état d'adénite indéfiniment, puisque, dans cette région, le tissu cellulaire fait défaut ; au contraire, l'adénite du ligament large doit se transformer fatalement en adéno-phlegmon de ce ligament.

Un point reste à élucider dans cette étude pathogénique, et c'est le suivant : Un phlegmon du ligament large existe ; la cel-

(1) Arnoud, *th. de Paris*.
(2) *Loc. cit.*, p. 488.
(3) *Loc. cit.*
(4) *Th. de Paris*, 876.
(5) *Th. de Paris*, 1876.
(6) *France médicale*, 401, 1786.

lulite va-t-elle rester limitée à ce ligament, ainsi que le voudrait M. A. Guérin, ou bien va-t-elle gagner les divers plans cellulaires du bassin, et dans quel sens cette propagation se fera-t-elle ?

Des autopsies très nombreuses contredisent l'opinion, que j'ai déjà eu l'occasion de citer plus haut, d'après laquelle un phlegmon du ligament large ne devrait pas s'étendre au delà de ce ligament considéré comme une cavité close de toutes parts ; la clinique proteste donc contre l'assertion théorique de M. A. Guérin, et il est bien établi, depuis longtemps, que la cellulite du ligament large peut se propager à la couche celluleuse sous-abdominale (plastron abdominal de Chomel), à la fosse iliaque interne, à la fosse iliaque externe, à la gaine du psoas, et de là à l'articulation de la hanche (Trousseau), au tissu cellulaire vésico-utérin (prolongement digitiforme de Gallard) et au tissu cellulaire péri-vaginal. Bernutz donne même, comme caractère pour ainsi dire essentiel du phlegmon du ligament large, la faculté de s'irradier dans tous les sens et la tendance à se propager au tissu cellulaire des régions circonvoisines. Il explique cette particularité « par le fait de la translation par les lymphatiques des produits de l'inflammation dont ils sont le siège » (1), nous dirions plus exactement aujourd'hui, par le fait du transport, dans les régions voisines, des produits de l'infection utérine.

Mais il faut bien avouer qu'ici nous sommes sur un terrain moins solide, car si nous savons, d'une façon certaine, qu'il y a des lymphatiques se rendant de la muqueuse utérine aux ligaments larges, nous savons moins exactement le cours normal de la lymphe dans les lymphatiques qui prennent leur origine dans ces ligaments.

Il n'est du reste pas nécessaire de faire intervenir les lymphatiques dans la propagation du phlegmon des ligaments larges au tissu cellulaire des régions voisines. Des expériences très bien conçues de Kœnig (2) et de Schlesinger (3) jettent en effet une vive lumière sur ce point de pathogénie.

(1) Bernutz. Conférences cliniques sur les maladies des femmes. Paris, 1888, p. 489.
(2) *Archiv. fur Heilk.*, 1862, n° 6, p. 481, et 1876, p. 221.
(3) *Oesterr. med. Jahr.* 1878, Heft 1 et 2.

Sur des corps de femmes mortes peu de temps après l'accouchement de maladies non puerpérales, Kœnig injectait de l'eau ou de l'air en différents points du tissu cellulaire pelvien. Si l'on injectait l'eau, entre les deux feuillets du ligament large, en haut et en avant de l'ovaire, cette eau passait d'abord dans le tissu qui repose sur la partie la plus élevée de la paroi latérale du bassin osseux, et de là pénétrait dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque (phlegmon de la fosse iliaque) en soulevant le péritoine et en suivant le trajet du psoas (phlegmon de la gaine du psoas) et finalement séparait le péritoine de la paroi abdominale antérieure, à quelque distance au-dessus du ligament de Poupart et du bassin osseux placé au-dessous (phlegmon sous-abdominal ou plastron abdominal de Chomel).

L'injection pratiquée à la base du ligament large, sur le côté et en avant de l'isthme, remplissait d'abord le tissu latéral profond, soulevait le péritoine à la partie antérieure du col pour passer d'abord entre la vessie et le col (prolongement digitiforme antérieur de Gallard), puis suivait le ligament rond jusqu'à l'anneau inguinal et, après avoir soulevé le péritoine au niveau du ligament de Poupart, pénétrait dans la fosse iliaque (phlegmon de la fosse iliaque).

On voit, par ces expériences, combien est fausse l'interprétation que donne M. A. Guérin de la constitution anatomique du ligament large et on comprend sans peine avec quelle facilité le phlegmon du ligament large peut se propager au tissu cellulaire des régions circonvoisines, ainsi que la clinique l'a du reste maintes fois démontré.

En résumé : 1° la richesse de l'utérus en lymphatiques nous explique comment la lymphangite péri-utérine est pour ainsi dire fatale dans les lésions septiques de la matrice et surtout de sa muqueuse, toutes les fois que l'épithélium protecteur est détruit sur une surface plus ou moins étendue ;

2° le siège de la dénudation épithéliale et les dispositions, variables suivant chaque individu, des vaisseaux et des ganglions lymphatiques nous permettent de comprendre pourquoi il existe,

consécutivement à cette lymphangite péri-utérine, tantôt une adénite rétro-utérine, tantôt une adénite juxta-pubienne, ailleurs une adénite inguinale ;

3° le phlegmon du ligament large n'est autre chose qu'un adéno-phlegmon ; il y a d'abord adénite du ganglion de ce ligament, puis péri-adénite, enfin phlegmon total si le ganglion suppuré se rompt au milieu du tissu cellulaire de ce ligament ;

4° les communications anatomiques, dont les expériences de Kœnig ont démontrée l'existence entre le tissu cellulaire du ligament large et celui des régions circonvoisines, suffisent à expliquer l'extension du phlegmon du ligament large à la couche celluleuse sous-abdominale (plastron abdominal de Chomel) à la fosse iliaque intense (phlegmon de la fosse iliaque), à la fosse iliaque externe, à la gaine du psoas, et de là, à l'articulation de la hanche (psoïtis et arthrite coxo-fémorale), au tissu cellulaire qui entoure l'isthme (prolongements digitiformes de Gallard) et au tissu cellulaire péri-vaginal (plastron péri-vaginal de Bernutz). On sait du reste que le phlegmon du ligament large peut être secondaire à l'une quelconque des variétés du phlegmon abdominal et on ne comprendrait pas comment le cours de la lymphe se ferait tantôt dans un sens, tantôt dans l'autre, ainsi que l'exigerait la théorie de la propagation par les lymphatiques.

Cependant, dans un travail en cours de publication (1), M. Poirier insiste, après Kruishank, Strauss, etc., sur la possibilité d'une circulation rétrograde dans les lymphatiques, ce qui serait dû, d'après lui, à ce que l'appareil valvulaire des lymphatiques serait moins complet que celui des veines. Ces recherches, pour intéressantes qu'elles soient, mériteraient d'être confirmées avant de servir de base exclusive à une théorie pathogénique.

c) *Anatomie pathologique de la paramétrite.*

L'anatomie pathologique de la paramétrite ne peut pas encore être faite d'une façon complète ; il s'agit en effet d'une lésion qui entraine rarement la mort en dehors des cas puerpéraux gra-

(1) Lymphatique des organes génitaux de la femme. *Progrès médical*, 23 nov. 1889 et nos suivants.

ves ; or, ceux-ci sont toujours complexes et font constater à la fois de la lymphadénite et de la phlébite péri-utérine, de la cellulite, de la salpingo-ovarite et de la pelvi-péritonite. Notons cependant que, même dans ces cas, la phlébite peut faire défaut, tandis que la lymphangite ne manque jamais, lorsqu'elle est recherchée avec le soin nécessaire.

Ce n'est donc qu'en s'aidant du raisonnement, en s'appuyant sur les caractères cliniques, en utilisant quelques cas de laparotomies pratiquées dans ces dernières années et enfin en réunissant les résultats donnés par les autopsies de femmes mortes à diverses périodes de la paramétrite qu'on peut reconstituer à peu près l'anatomie pathologique de cette affection.

La *lymphangite* isolée n'a pas été constatée ; on comprend en effet qu'elle ne puisse durer pendant quelques jours sans entraîner à sa suite une adénite ; il n'y a du reste aucune raison pour qu'elle ne présente pas ici les mêmes caractères anatomo-pathologiques que dans tout autre point de l'économie et les lésions de l'angioleucite en général sont assez bien connues pour qu'il n'y ait pas lieu de regretter cette lacune. Il suffit de dire que l'observation clinique a permis de constater, avant l'apparition de l'adéno-phlegmon, l'existence de simples cordons formés par les vaisseaux lymphatiques enflammés, et, comme le remarque M. A. Guérin (1), « on peut donc suivre l'évolution de la lymphangite jusqu'au bubon, comme on le fait à la suite d'une piqûre anatomique ».

La *lymphadénite* est mieux connue ; une des autopsies les plus complètes est celle de Courty, publiée en 1881 (2). « Une femme de 40 ans environ, dit-il, que j'avais vue plusieurs fois à ma consultation gratuite et chez qui j'avais constaté une adénite rétro et dextro-utérine, avec endométrite chronique négligée depuis cinq ou six ans que la maladie avait commencé à se développer en débutant par la métrite, fut atteinte d'une pleuro-pneumonie qui devint bientôt, par les imprudences de la malade, une

(1) *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 1887, p. 585 et suiv.
(2) Courty. *Annales de Gynécologie*, 1887, p. 257.

pneumonie double à laquelle elle succomba. J'avais trop d'intérêt à vérifier la justesse de mes présomptions sur l'existence de l'adénite rétro-utérine pour ne pas obtenir à tout prix d'en faire l'autopsie. Je trouvai effectivement, à la base du ligament large droit, à un centimètre à peine du bord de l'utérus, un ganglion lymphatique, de la grosseur d'une petite amande hors de la coque, ou d'un bel haricot rouge, enflammé, uni, lisse dans ses deux tiers externes, bosselé, inégal sur son bord supérieur et son côté interne, se continuant au dehors avec un tronc lymphatique qui présentait deux renflements, dont l'interne plus gros, plus ferme, se jetait dans les lymphatiques aboutissant à un ganglion latéro-pelvien, en contact par son côté interne avec deux vaisseaux qui prenaient à deux centimètres à peine, derrière l'utérus, une disposition plexiforme et ampullaire, donnant au doigt la sensation d'une sorte de noyau, roulant à peine sur le tissu utérin, plus dur, et paraissant se continuer à la fois avec un plan superficiel de vaisseaux lymphatiques très ténus, formant un réseau qui ne tardait pas à échapper à la vue, et avec des vaisseaux de communication plus profonds, gagnant directement à travers la couche musculaire le centre de la matrice, mais qu'il me fut impossible de poursuivre. La muqueuse du col et une partie de celle du corps étaient manifestement enflammées, granuleuses ; celle qui couvrait la paroi cervicale postérieure, rouge vineux, ramollie, friable, était visiblement dépouillée de son épithélium sur certains points et présentait sur d'autres l'aspect d'un bord découpé, inégal comme les bords d'un ulcère. Les altérations, bien que fort éloignées de celles que les vaisseaux et les ganglions lymphatiques présentent chez la femme ayant succombé à des accidents puerpéraux, n'en étaient pas moins fort perceptibles. »

Dans ce cas, la lymphangite prédominait sur l'adénite, mais il n'en est pas toujours ainsi, comme le montrent les quelques laparotomies qui ont été pratiquées pour adénite péri-utérine ; nous voyons dans ces opérations que le volume des ganglions enflammés peut acquérir des proportions beaucoup plus grandes que chez la malade de Courty.

En 1886, M. Pozzi (1) rapporte la première observation de laparotomie pour adénite péri-utérine ; on croyait devoir se trouver en présence d'un abcès pelvien. Devant la Société de chirurgie, l'auteur décrit, dans les termes suivants, ce qu'il trouva pendant l'opération : « Opération le 13 juillet. Anesthésie par le chloroforme. Incision comme pour la ligature de l'iliaque externe. Le péritoine est soulevé et le doigt arrive, en dedans des vaisseaux iliaques externes, sur une tumeur arrondie, résistante, mais non fluctuante, dont le toucher vaginal permet d'établir la continuité avec la tumeur à caractères analogues qui occupe le cul-de-sac latéral droit. Une ponction exploratrice faite avec un petit trocart dans la tumeur, mise à nu, ne donne issue à aucune matière liquide. Par la piqûre se fait un écoulement sanguin en nappe. Une exploration attentive permet bientôt de reconnaître là un ganglion enflammé dont l'énucléation est faite assez facilement avec les doigts. Son volume est à peu près celui d'un petit œuf de poule. Il est situé au niveau du détroit supérieur. Derrière lui et plus profondément dans le petit bassin, arrivant jusque sur les parties latérales de l'utérus, un autre ganglion de même volume est extrait de la même façon. Ni l'un ni l'autre ne sont suppurés. On peut alors arriver sur un troisième, situé au voisinage immédiat du cul-de-sac vaginal ; par prudence et de crainte d'hémorrhagie sérieuse à cette profondeur considérable, il est laissé en place. » Malgré cela, la malade guérit assez rapidement après une suppuration médiocre, de courte durée.

A propos de cette communication, M. Lucas Championnière (2) dit avoir fait, trois ans auparavant, la même opération, chez une femme récemment accouchée, en proie à des vomissements avec un hoquet incessant. « L'opération a été laborieuse, dit-il. Je ne trouvai qu'un ganglion gros comme un œuf de pigeon, qui renfermait un peu de pus. Un drain fut placé et des lavages pratiqués. Or, à partir de l'opération, cette femme, qui était presque mourante n'a plus eu de vomissements ; elle s'est remise progressivement et a fini par guérir. » Ici il n'y avait qu'un seul

(1) *Bulletin de la Société de Chirurgie,* 1886, p. 301, 302 et 311.
(2) *Ibidem.,* loc. cit.

ganglion, mais ce ganglion était en partie suppuré, tandis que dans le cas de M. Pozzi, il y en avait trois, mais qui n'étaient pas encore arrivés à suppuration.

En 1889, M. Terrier (1) publie un troisième cas, qu'il avait diagnostiqué salpingite double. L'opération fut pratiquée à la fin de janvier 1888 ; on trouva des adhérences de l'épiploon à la paroi antérieure de l'abdomen et aux parois du bassin. Après avoir détaché ces adhérences, les avoir liées et avoir fait deux pédicules, on trouva deux adhérences de l'S iliaque qui était portée en avant. Les annexes de l'utérus étaient saines et en arrière de l'S iliaque, il existait une masse rétro-péritonéale. M. Terrier ouvrit le péritoine et extirpa un paquet ganglionnaire du volume du poing. A la fin de l'opération, un ganglion suppuré se rompit. Lavage de la poche et drainage. La malade guérit après avoir présenté pendant quelque temps une petite fistule stercorale.

Ainsi donc l'adénite péri-utérine ne saurait être mise en doute ; il y a tantôt un seul ganglion comme dans le cas de Courty et dans celui de M. Lucas-Championnière, tantôt un certain nombre de ganglions, comme dans ceux de MM. Pozzi et Terrier. Les ganglions peuvent être simplement hypertrophiés ou bien ils peuvent être suppurés en totalité ou en partie seulement.

M. Martin (de Berlin) (2) croit, d'après son expérience clinique, que le nombre des ganglions enflammés peut être plus nombreux encore : « Le plus souvent, dit-il, on ne sentait tout d'abord, sur les côtés de la matrice, que trois ou quatre ganglions rangés l'un à côté de l'autre. Mais en explorant plus sérieusement, la main en rencontrait un bien plus grand nombre, se suivant comme les grains d'un chapelet et atteignant la marge du bassin. »

Le même auteur pense que les adénites suppurées peuvent donner lieu à des exsudats considérables, la tunique propre du ganglion venant à se rompre et le contenu de ce ganglion s'évacuant

(1) *Société de chirurgie*, séance du 3 juillet 1889.

(2) Loc. cit.

soit dans le péritoine, soit dans les ligaments larges, soit dans la cavité pelvienne sous-péritonéale.

(*A suivre.*)

TUBERCULOSE DU VAGIN ET DU COL DE L'UTÉRUS

Par le Dr PAUL DAURIOS.

Les lésions tuberculeuses du vagin et de la portion vaginale du col de l'utérus ont trop de caractères communs pour qu'il soit possible de séparer leur étude et de ne pas les réunir dans un même chapitre. Dans les deux cas, en effet, nous devons signaler une même rareté de lésions, un même aspect sous forme de granulations ou d'ulcérations, et enfin une même modification heureuse sous l'influence d'un traitement approprié. Du reste, une raison anatomique plaide encore en faveur de ce rapprochement, c'est que, comme dit M. Verchère, « le vagin et le col de l'utérus pré- « sentent une même muqueuse épaisse, résistante, revêtue d'un « épithélium pavimenteux qui arrête toute invasion du microbe, « tandis qu'à la limite du col la muqueuse change complètement ». Du côté de l'utérus la muqueuse est délicate, recouverte d'une seule rangée de cellules épithéliales et présentant de nombreux orifices glandulaires. Dans la muqueuse vaginale, au contraire, les glandes manquent et elles sont rares sur le col (Sappey, de Sinéty).

MM. Verchère, Verneuil et Hégar ont insisté sur ces différences anatomiques pour expliquer la rareté des lésions tuberculeuses du vagin.

La tuberculose du vagin est rare, mais pas autant que semblent le vouloir certains auteurs, puisque sur 166 observations de tuberculose génitale que nous avons pu réunir, nous avons trouvé dans 24 cas des lésions vaginales. Telle n'est pas l'opinion du Prof. Cornil, qui écrivait récemment encore : « Je ne connais « que 2 observations de tuberculose de la portion vaginale du

« col de l'utérus et du vagin, indépendamment des fistules tuber-
« culeuses recto ou vésico-vaginales que je laisse de côté. »

La tuberculose du col est plus rare, nous ne l'avons rencontrée que dans 8 cas ; mais ici encore nous sommes loin du doute émis par M. Naudin (1) : « Les ulcérations du col de nature tuber-
« culeuse sont tellement rares que le diagnostic en doit être très
« réservé ».

Qu'elle siège sur le col ou sur la paroi vaginale, la tuberculose est le plus souvent secondaire, mais elle peut être primitive dans un certain nombre de cas. Les observations de Bouffe (obs. IV de Derville), de Péan, et du Prof. Laboulbène (2) sont des exemples indéniables de lésions primitives du col.

Nous n'avons pas à discuter ici la pathogénie des lésions tuberculeuses du vagin et nous ne ferons que signaler la théorie de l'auto-inoculation par l'utérus (Reynaud), celle de la péritonite tuberculeuse de la cavité de Douglas avec transsudation de la sérosité péritonéale à travers le tissu cellulaire (Weigert), celle de la propagation d'une tuberculose intestinale aux voies sexuelles (Mosler, Jones) et enfin celle de la contagion directe. Cette dernière théorie est admise par MM. Mosler, Wiedow, Spœth, Hégar, etc., en Allemagne, et par MM. Verneuil, Verchère, Landouzy et Martin, Fernet, etc., en France, où elle a trouvé récemment un ardent défenseur et des observations concluantes dans la thèse de M. Derville.

La tuberculose du vagin et du col peut se présenter sous 3 formes cliniques : une forme *miliaire aiguë*, une forme *ulcéreuse* et une forme que nous appellerons *fistuleuse*.

1° La tuberculose *miliaire aiguë* est le plus souvent une trouvaille d'autopsie chez les malades qui ont succombé à une granulie aiguë (Rigal (3), Ch. Labbé) (4), à une tuberculose urinaire (Virchow) (5) ou à une septicémie puerpérale (Spœth). Tantôt l'é-

(1) Th. 1885. *Des ulcérations du col.*
(2) *Traité d'anatomie pathologique.*
(3) *Soc. de Biologie*, 11 avril 1879.
(4) In. Th. de Verneil, 1880, p. 138.
(5) Obs. XXVI de la thèse de M. Brouardel.

ruption occupe seulement le col et le quart supérieur du vagin sans guère dépasser les culs-de-sac (Ch. Labbé), tantôt elle envahit la portion vaginale du col et le vagin tout entier (Rigal). Un fait intéressant à noter et sur lequel M. Rigal attirait l'attention dans sa communication à la Société médicale des hôpitaux, c'est que dans son cas, avec une granulie absolument généralisée à tous les viscères et un canal vaginal lui-même couvert de granulations, on ne trouva ni dans les parois, ni dans la muqueuse utérine aucune trace de ces productions morbides. Ces cas de tuberculose miliaire aiguë ne sauraient du reste nous intéresser beaucoup au point de vue clinique ; l'état général domine alors la scène et rien n'attire l'attention du côté des voies génitales.

2° La tuberculose *ulcéreuse* du vagin et du col est une forme chronique, beaucoup plus fréquente, et aussi beaucoup plus intéressante que la précédente. Elle est primitive (Bouffe, Péan, Laboulbène) ou secondaire (Cornil, Vermeil, Mayor, etc.). Quand elle est la première manifestation bacillaire dans l'organisme, elle débute généralement d'une façon insidieuse, s'annonçant à peine par des picotements ou quelques démangeaisons vulvaires, plus rarement par de petites douleurs utérines ou vaginales. Des pertes blanches ou des troubles de menstruation sont le plus souvent les signes qui les premiers attirent l'attention de la malade sur cette région, et la conduisent à consulter un médecin. A ce moment-là la lésion est déjà ancienne et les signes du début ont passé inaperçus.

Si on pratique alors le toucher vaginal, on constate que le col est mou et ulcéré (Mayor), ou simplement gros et ramolli. L'utérus et les culs-de-sac peuvent être libres et non douloureux dans les cas de lésion locale ne s'étant pas propagée aux organes voisins : mais si l'utérus est plus ou moins immobilisé, douloureux, et si les culs-de-sac sont sensibles à la pression et ont perdu leur souplesse, les annexes doivent être atteints par la lésion. Après avoir exploré le col et les culs-de-sacs, le doigt ramené le long des parois vaginales peut sentir tantôt une ou plusieurs petites ulcérations bien limitées, ulcérations en « *godet* » (Parrot), avec des bords indurés et relevés, tantôt une ulcération unique avec les

mêmes bords relevés et indurés, mais à forme serpigineuse, occupant le col et une partie du vagin (Cornil), ou bien partant d'un cul-de-sac et descendant jusqu'à la vulve (Mayor). En appuyant au niveau de ces ulcérations on détermine de la douleur.

A l'examen au spéculum, quelquefois assez difficile à cause de la douleur provoquée par l'instrument, on peut constater dans certains cas des ulcérations du col à forme ronde ou en croissant, occupant une des lèvres à une certaine distance de l'orifice (Vermeil), et pouvant se continuer dans le vagin (Cornil), ou bien empiétant à la fois sur la muqueuse de la cavité cervicale et sur celle de la portion vaginale du col (Homolle). Fréquemment l'ulcération siège tout entière sur la paroi vaginale où elle affectionne plus particulièrement la face postérieure (Biggo, Jones), et ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'on la voit sur la face antérieure et au voisinage du méat urinaire (Deschamps). Du reste, ces ulcérations peuvent aussi être multiples (Mayor, Chiari) et être dispersées sur toute l'étendue du canal vaginal.

Quel que soit leur siège, ces ulcérations ont toujours le même aspect : bords taillés à pic, ondulés, inégaux et rouges ; fonds déprimé en godet, gris jaunâtre, plus ou moins recouvert d'un produit caséeux. Si l'ulcération a été détergée de ce produit, soit mécaniquement au moment de l'examen, soit par un traitement antérieur approprié, on peut voir un fond rouge vif avec quelques points jaunâtres (Vermeil), ou même un fond rose vif, franchement bourgeonnant et des bords présentant une apparence cicatricielle (Bouffe).

Autour de ces ulcérations on aperçoit dans la grande majorité des cas, des petits grains jaunes opaques ou transparents qui ont une importance capitale pour le diagnostic, ce sont des granulations. Leur nombre peut être essentiellement variable : 3 dans le cas de Cornil, et tout un semis allant du col à l'anneau vulvaire dans celui d'Homolle. Leur aspect varie selon leur degré d'évolution : les unes sont hémisphériques très légèrement saillantes, larges de 1 à 3 millim, dures au toucher, et semi-transparentes : ce sont les plus récentes ; d'autres sont aplaties, de niveau avec la muqueuse, ne se distinguant d'elle que par leur couleur jaunâtre ;

enfin, on en voit d'autres, à un degré plus avancé, tout à fait opaques, jaunes, déprimées au centre et commençant à s'exulcérer. C'est ainsi que telles petites taches qu'on aura vues un jour d'une couleur jaune clair ou semi-transparente, apparaîtront au bout de peu de jours détergées, laissant à nu une surface ulcérée, et on verra ces petites ulcérations nouvelles aller se joindre à la principale en formant un nouveau feston. A aucune période de leur évolution, ces granulations ne laissent écouler de liquide, si on vient à les piquer ; c'est là un caractère sur lequel ont insisté plusieurs auteurs, le considérant comme d'une grande valeur diagnostique.

La recherche des bacilles dans les sécrétions adhérentes au niveau des ulcérations devra être faite avec le plus grand soin, et si le résultat est positif, le diagnostic sera assuré.

L'utérus peut se trouver atteint par l'infection bacillaire en même temps que le vagin, et alors à tous les symptômes précédents viendront s'ajouter ceux de la métrite tuberculeuse.

Des adénites pelviennes et inguinales peuvent accompagner la tuberculose du vagin ; ces dernières se produiront surtout dans les cas de lésions étendues ayant envahi les organes génitaux externes (Chiari).

Enfin, il ne faut pas oublier que dans deux cas (Vermeil, Cornil) on a pu observer des ulcérations tuberculeuses de la langue coïncidant avec les lésions vaginales.

Dans ce tableau clinique de la tuberculose ulcéreuse du col et du vagin, tracé d'après les très intéressantes observations de MM. Cornil, Mayor, Vermeil, Homolle, etc., nous retrouvons, on le voit, tous les caractères objectifs de l'ulcération linguale tuberculeuse si magistralement exposés par le Prof. Trélat (1) dans son mémoire à l'Académie de médecine. Aussi souscrivons-nous entièrement à ce qu'écrit M. Ch. Nélaton, lorsque, comparant l'évolution de la tuberculose sur toutes les muqueuses, il constate que « partout, soit au niveau des fosses nasales, soit sur la « langue, soit au niveau de l'anus, soit sur la muqueuse vésicale « ou uréthrale, soit au niveau du col ultérin, l'ulcération tuber-

(1) *Mém. Acad. méd.*, 1869.

« culeuse aura toujours la même marche et une disposition de « lésions histologiques absolument semblables ».

L'examen clinique des malades nous a fait saisir sur le fait le développement du follicule tuberculeux, qui se caséifie, s'ulcère et va se réunir à un follicule voisin également ulcéré pour former l'ulcération tuberculeuse que nous avons diagnostiquée à sa période d'état. Toutefois, on comprendra facilement qu'un examen précoce de la malade puisse conduire sur un col non encore ulcéré et parsemé de granulations. C'est, croyons-nous, à un cas de ce genre que nous avons eu affaire dans le cas observé à l'Hôtel-Dieu dont nous parlons au commencement de ce travail. Le signe de certitude nous a manqué, aussi ne basons-nous aucune démonstration sur ce fait. Mais nous sommes persuadé que, maintenant que nous possédons dans la recherche des bacilles un moyen sûr de diagnostic, les cas de tuberculose génitale primitive seront mieux dépistés, deviendront plus nombreux, et qu'on pourra observer les lésions à cette période de début.

Nous n'insisterons pas ici sur la recherche du bacille de Koch dans les sécrétions vaginales, nous y reviendrons à propos des sécrétions utérines. Pour faire comprendre l'importance de cette recherche, il nous suffira de rappeler le cas de M. Bouffe qui voyant pour la première fois une malade traitée pour « métrite ulcéreuse du col » conçoit quelque doute sur la nature de l'ulcération du col, mais ne peut se prononcer. « J'examine le pus re- « cueilli sur l'ulcération, dit-il, et je trouve une quantité relati- « vement considérable de bacilles extrêmement nets et sur l'exis- « tence desquels il est impossible de douter. Cet examen me fait « changer de traitement ». MM. Cornil, Babès, Derville, Krause et Schuchardt, etc., ont aussi trouvé le bacille de Koch dans les sécrétions vaginales à la surface de certaines ulcérations et ont pu par ce fait seul affirmer la nature de la lésion que les signes objectifs ne permettaient pas de déterminer. C'est donc là un signe excessivement important qu'on devra poursuivre avec insistance dans tous les cas de diagnostic douteux.

3° Les *fistules tuberculeuses* qui constituent la forme que nous

avons appelée fistuleuse de tuberculose vaginale, peuvent siéger sur la paroi antérieure ou sur la paroi postérieure de ce canal.

Quand les lésions porteront sur la paroi antérieure, on pourra avoir affaire soit à une fistule *vésico-vaginale*, soit à une fistule *uréthro-vaginale*.

C'est d'une fistule *vésico-vaginale* qu'il s'agissait dans l'observation de Catuffe ; mais, comme le fait remarquer à juste titre M. Deschamps, la nature tuberculeuse de la lésion n'est pas très bien démontrée dans ce cas particulier. C'est l'histoire d'une jeune fille tuberculeuse qui traîne une fistule vésico-vaginale pendant 12 ans, et qui meurt phtisique ; mais l'autopsie, après avoir fait constater des tubercules dans les poumons, dans les reins et dans les organes pelviens, ne nous donne aucun détail sur la lésion locale qui nous intéresse. Quelque incomplète que soit dans ce cas la démonstration de la tuberculose, la possibilité d'une pareille lésion s'explique très bien soit par un foyer de cellulite bacillaire ouvert à la fois dans le vagin et dans la vessie, soit par l'évolution d'une ulcération tuberculeuse du bas-fond vésical arrivant à perforer la cloison. On observera dans ce cas les symptômes ordinaires de la fistule vésico-vaginale auxquels pourront se joindre les signes d'une tuberculose vésicale plus ou moins manifeste. Mais la présence du bacille pourra seule faire faire le diagnostic.

Un exemple très net de fistule *uréthro-vaginale* nous est fourni par l'observation de MM. d'Heilly et Chantemesse. On pourra peut-être dans certains de ces cas-là avoir encore affaire à une lésion secondaire consécutive à une tuberculose urinaire, mais ce n'est pas la marche que semble avoir suivie l'affection dans l'observation qui nous occupe. Les auteurs nous montrent, en effet, une tumeur végétante, fongueuse, entourant l'urèthre en arrière du méat urinaire, ulcérée et dans laquelle on retrouve le bacille et tous les éléments d'une lésion tuberculeuse. L'autopsie confirme ces données cliniques et découvre en plus une éruption confluente de tuberculose miliaire sur les muqueuses uréthrale et vésicale. Il serait difficile de ne pas accorder dans ce cas la priorité à la tumeur péri-uréthrale, et de ne pas reconnaître que la fistule

uréthro-vaginale a eu pour point de départ la lésion tuberculeuse de la paroi antérieure du vagin.

Les ulcérations tuberculeuses siègent volontiers, avons-nous dit précédemment, sur la face postérieure du vagin. Là encore elles peuvent donner lieu à une perforation et créer une fistule *recto-vaginale*.

On peut observer des fistules tuberculeuses recto-vaginales de trois types cliniques distincts, selon le mode pathogénique qui leur a donné naissance.

a. — Tout d'abord ce sera une *ulcération tuberculeuse vaginale primitive*, qui se sera installée insidieusement, n'éveillant aucunement l'attention de la malade, et qui, par suite, ne subissant pas de traitement modificateur, aura creusé peu à peu en profondeur jusqu'à perforation complète de la cloison recto-vaginale. Tel est le cas de M. Babès dans lequel la cause occasionnelle de l'ulcération vaginale semblait avoir été un accouchement au cours duquel s'était vraisemblablement produite une érosion de la muqueuse chez une femme en puissance diathésique. Ainsi était créé un *locus minoris resistentiæ*, sur lequel se faisait une décharge bacillaire, donnant lieu à une ulcération, et deux ans plus tard à une fistule.

Dans cette variété de fistule, le vagin nous présente tout à fait l'aspect décrit pour la forme ulcéreuse, c'est-à-dire une ulcération principale de dimensions variables (pièce de 0,50 centimes dans le cas de Babès) avec ses bords nets, son fond plus ou moins fongueux couvert d'une couche de pus caséeux, et siégeant le plus souvent à la partie moyenne de la paroi vaginale postérieure. Autour de cette ulcération on voit des points jaunes ou de petites ulcérations secondaires cratériformes sur lesquelles nous avons insisté. En somme, c'est la forme ulcéreuse avec lésion plus avancée ayant produit un trajet fistuleux dont l'orifice siège au centre de l'ulcération. Les sécrétions qui s'écoulent par le vagin, très abondantes dans la majorité des cas à cause des éléments supplémentaires qui proviennent du rectum, ont souvent par le fait de ces derniers des caractères particuliers de couleur et d'odeur sur lesquels il n'est nullement besoin d'insister. M. Babès

a pu y découvrir des bacilles de Koch en assez grande quantité et un petit fragment excisé sur les bords de la plaie et examiné histologiquement a confirmé pleinement le diagnostic.

(*A suivre.*)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 janvier.

FIBROME UTÉRIN INCLUS DANS LES LIGAMENTS LARGES.

M. Terrillon. — Dans la dernière séance, M. Pozzi vous a montré un volumineux fibrome développé entre les ligaments larges. Ce cas m'a rappelé un fait analogue.

Il s'agissait d'une tumeur utérine, qui pesait dix-neuf kilogrammes et était apparue depuis trois ans environ chez une femme de trente-sept ans.

En octobre 1888, je me décidai à faire la laparotomie. Le ventre ouvert, la tumeur m'apparut incluse dans les ligaments larges. Après une section portant de chaque côté sur ces ligaments, je commençai la décortication du fibrome par sa partie moyenne, ce qui fut assez facile, puis j'atteignis le fond de la cavité, où j'éprouvai quelques difficultés. Après la séparation des uretères, la tumeur ne tenait plus que par un court pédicule constitué par le col de l'utérus et par la vessie ; lorsque celle-ci fut isolée, une section au-dessus du vagin me permit d'extraire le corps fibreux.

Les suites de l'opération furent excellentes. En fendant le fibrome, nous pûmes nous assurer qu'il provenait de la face postérieure et des faces latérales de l'utérus et que de toutes parts il avait été recouvert par les ligaments larges.

M. Reclus. — J'ai vu également un fibrome du ligament large, qui s'était manifestement développé dans sa première période aux dépens de l'utérus, mais en était devenu plus tard tout à fait indépendant ; il avait contracté de nombreuses adhérences avec

les ligaments larges, l'épiploon et d'autres organes. Cette tumeur était vascularisée, ce qui compliqua singulièrement l'opération.

La guérison de la malade a eu lieu cependant sans accidents.

M. TILLAUX. — Je rappellerai à la Société qu'il y a environ deux ans (Voir *Bulletin Médical* 1888, p. 894), je lui ai présenté une tumeur fibreuse qui avait pris naissance dans les ligaments larges eux-mêmes. Il y a en effet une distinction bien nette à établir au point de vue de l'origine, entre les tumeurs de cette région. Les unes naissent des bords de l'utérus et, en se développant, refoulent les feuillets du ligament large; ce sont des tumeurs utérines, que nous avons fréquemment l'occasion d'observer. Les autres, beaucoup plus rares, se montrent primitivement dans l'épaisseur des ligaments et ne contractent aucune adhérence avec l'utérus ; elles sont en général facilement énucléables. On ne doit donc pas confondre ces différentes tumeurs ; aussi je ne crois pas que celle qui a été enlevée par M. Terrillon puisse mériter le nom de tumeur du ligament large. C'est un fibrome utérin, qui simplement s'était coiffé des feuillets de ces ligaments.

M. TERRILLON.— Dans la communication que je viens de faire, je n'ai nullement avancé que j'avais eu à opérer une tumeur du ligament large; j'ai rappelé, en effet, qu'elle s'était développée aux dépens de la face postérieure de l'utérus.

(*Bull. méd.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE

Séance du 28 novembre.

—

DU MASSAGE DANS LES AFFECTIONS UTÉRINES.

M. LEBLOND recommande le massage de l'utérus et des annexes dans tous les cas de déviations avec ou sans adhérences, dans la métrite subaiguë, dans les cas de dysménorrhée, endométrite catarrhale, métrorrhagies et dans toutes les douleurs de bassin liées à une déviation quelconque de l'utérus. M. Leblond insiste pour que le massage soit fait avec beaucoup de douceur et de patience, surtout au début, car c'est là une des conditions de succès ; les femmes arrivent rapidement à la tolérance et au soulagement. Le massage par les cas de déviations utérines doit por-

ter non seulement sur le corps, mais encore sur les annexes de l'utérus. Quand on veut seulement pratiquer le massage de l'utérus, le choix de la main dont deux doigts seront introduits dans le vagin est indifférent ; au contraire, pour le massage des annexes, ce sont le médius et l'index droits que l'on introduit pour le massage à drote, la main gauche étant appliquée sur le ventre ; pour les annexes du côté gauche, c'est la manœuvre inverse. M. Leblond donne d'intéressantes observations à l'appui des cas dans lesquels il préconise le massage utérin.

M. Polaillon. — Je demanderai à M. Leblond comment, d'après lui, le massage agit dans ces cas.

M. Leblond. — Il agit, je crois, comme l'électricité.

Pour M. Danion, l'action de l'électricité n'est pas du tout comparable à celle du massage. Celui-ci agit sur la circulation, tandis que l'électricité produit des contractions qu'on n'obtient jamais avec le massage.

M. A. Weber pense que pour que le massage produise un effet réel, il faut le combiner avec l'électricité.

Pour M. Gaudin, le massage seul ne guérit pas les déplacements de l'utérus, et son action sur les prolapsus utérins est très problématique. Quant aux métrorrhagies, on ne voit pas pourquoi on les traiterait par le massage, alors qu'on possède d'autres procédés plus certains et plus rapides.

M. Delobel communique une observation de névralgie sciatique très rebelle, qui n'a cédé qu'à des injections sous-cutanées d'antipyrine, extrêmement nombreuses (700 à 800 injections environ). Le malade est aujourd'hui complètement guéri.

Ces injections ont été parfaitement supportées et on a pu les supprimer brusquement, sans aucun inconvénient. Il n'y a eu qu'un seul abcès.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 9 *novembre* 1889.

INFLUENCE DES HÉMORRHAGIES DE LA MÈRE SUR LA VITALITÉ DES FŒTUS

Par MM. Charpentier et Butte.

Nous avons essayé, depuis quelque temps, d'étudier les causes

de la mort du fœtus dans le sein maternel. Nous avons pensé que des recherches dans ce sens, entreprises dans le domaine et avec les méthodes de la physiologie et de la pathologie expérimentales pourraient permettre d'élucider un certain nombre de questions relatives aux rapports qui existent entre la mère et le fœtus, et donner en outre aux médecins des enseignements applicables à la pratique.

Dans un premier mémoire sur l'intoxication de la mère par l'urée, nous avons montré que les fœtus succombaient avant la mère, et que leur mort paraissait devoir être attribuée à l'action de la substance toxique qui s'accumulait en plus grande quantité dans les tissus maternels.

Dans un second travail, nous avons recherché l'action que pouvaient exercer sur le fœtus les modifications apportées au liquide sanguin de la mère, et nous avons fait voir, à l'aide de nombreuses expériences, que la diminution, en proportion notable, de l'oxygène dans le sang maternel devait être un des principaux facteurs de la mort des fœtus, tandis que l'accumulation de l'acide carbonique dans l'organisme ne paraissait pas devoir entraver la vie du fœtus avant celle de la mère.

Dans le travail que nous publions aujourd'hui, nous avons voulu étudier l'influence des hémorrhagies de la mère sur la vitalité du fœtus.

Pour cette étude, nous avons eu recours à notre procédé expérimental habituel, c'est-à-dire l'examen des animaux gravides plongés dans une solution salée tiède à 6 p. 1000, l'abdomen et les cornes utérines étant ouverts, de telle sorte qu'il fut facile de noter *de visu* l'état des fœtus et de la circulation placentaire, soit au travers de l'amnios intacte, soit directement après incision du sac amniotique.

Nous avons fait trois séries d'expériences de ce genre sur des lapines pleines, voisines du terme, sur lesquelles nous pratiquions des hémorrhagies par l'artère carotide. Dans la première série, nous avons fait des saignées rapides et profondes ; dans la seconde, nous avons produit des hémorrhagies plus lentes, mais aussi profondes ; enfin, dans la troisième, nous avons extrait une quantité de sang plus faible, de façon à ne pas causer la mort de la mère.

Nos expériences nous montrent que, lorsque les hémorrhagies

de la mère sont assez rapides et profondes pour entraîner très vite sa mort, les fœtus peuvent survivre si on pratique rapidement leur extraction. Si les hémorrhagies sont plus lentes et cependant assez intenses pour amener la mort de la mère, mais dans un temps un peu plus long, les fœtus meurent un peu avant la mère. Enfin, si l'hémorrhagie, quoique importante, n'est cependant pas suffisante pour amener la mort de la mère, les fœtus succombent au bout de cinquante-cinq minutes environ.

Quel est, dans ce dernier cas, la cause de la mort des fœtus ? Si nous nous en rapportons à nos expériences antérieures à l'aide desquelles nous avons démontré que la vie des fœtus n'était pas compatible avec une diminution de l'oxygène du sang maternel, nous voyons déjà qu'une cause importante, la diminution de l'oxygène, par suite de la disparition d'une partie de l'oxyhémoglobine totale intervient pour entraver la vie des fœtus. L'examen direct de la circulation ombilicale nous montre, en outre, qu'il arrive un moment où le sang apporté par la mère et celui rejeté par le fœtus ont la même coloration ; ceci semble indiquer que les échanges respiratoires du fœtus sont considérablement ralentis. Dans un cas même, nous avons noté, à un certain moment, une coloration un peu plus rosée du sang des artères ombilicales, ce qui, si le fait était de nouveau vérifié, semblerait indiquer que la mère aurait pris un peu d'oxygène au fœtus.

Signalons enfin, comme cause de la mort du fœtus, la diminution de la pression sanguine, que M. Runge considère comme un des principaux facteurs de cette mort. Cette diminution est très nette dans les cas d'hémorrhagies, et elle intervient, à notre avis, en ralentissant la circulation placentaire et en empêchant ainsi l'oxygène d'arriver aux tissus fœtaux en quantité suffisante pour entretenir leurs fonctions.

Que conclure de tout cela au point de vue de la pratique ? Il peut évidemment se produire en clinique des cas anologues à ceux que nous avons provoqués expérimentalement. Les exemples ne doivent pas êtres rares de femmes qui sont prises, dans les derniers mois de leur grossesse, d'épistaxis grave, d'hémoptysie, d'hématémèse, etc., et se remettent peu à peu des troubles occasionnés par ces hémorrhagies. Il serait intéressant de savoir ce que devient l'enfant. Si de nombreuses observations nous mon-

traient que, dans ces cas, on voit ordinairement venir au monde un enfant mort, on pourrait peut-être songer alors à pratiquer l'accouchement prématuré, pour essayer de sauver la vie de l'enfant. Mais, avant de nous prononcer sur ce point, nous attendrons que la clinique vienne confirmer ou infirmer les données de l'expérimentation.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

M. Isch-Wall présente des pièces de *métrite gangreneuse et villeuse* trouvées à l'autopsie d'une femme qui, entrée à l'Hôtel-Dieu avec des métrorrhagies notables, présentait, à 1 ou 2 centimètres du museau de tanche, un rétrécissement circulaire, en bride, du vagin. Des accidents graves se sont déclarés à la suite de la dilatation de ce rétrécissement, faite par M. Kirmisson à l'aide du spéculum de Ricord. Cette forme anatomique de métrite est rare. La cause du rétrécissement a échappé à toutes les recherches.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE LONDRES.

Décembre 1889.

CAS D'INVERSION UTÉRINE.

M. Braxton Hicks a décrit, dans la séance du 4 décembre de la Société obstétricale, un cas d'inversion utérine chez une femme de vingt-sept ans ; l'accident était survenu sans cause apparente. Trois jours après l'accouchement une masse, qui n'était autre que l'utérus en inversion, était apparue à la vulve pendant que la malade faisait un effort pour uriner. M. Braxton Hicks opéra la réduction au moyen d'un spéculum muni de son obturateur.

COEXISTENCE DES AFFECTIONS CARDIAQUES AVEC LES MALADIES DES ORGANES PELVIENS.

M. E. Nevins a fait, à la *Royal medical and chirurgical Society*, une communication sur la coexistence fréquente des affections cardiaques avec les maladies des organes pelviens chez la femme. C'est le rétrécissement mitral qui se rencontre le plus fréquemment dans les quatre cent dix-neuf cas, que M. Ne vi

a observés à l'hôpital des maladies des femmes de Soho-Square.

Sur ces 419 malades, 111, soit 26,5 0/0, avaient des lésions organiques du cœur et chez toutes, sauf une, le siège de la lésion était l'orifice mitral.

De ces 111, 92, soit 84 0/0, avaient un rétrécissement mitral : 29, soit 26 0/0, présentaient une insuffisance mitrale et sur ces 111 malades, 11, soit 10 % avaient en même temps les deux lésions.

Les affections pelviennes qui se sont accompagnées le plus souvent de troubles du côté du cœur, sont les suivantes : Ulcérations du col utérin 55 % ; prolapsus des ovaires 43 % ; métrorrhagie 42 %. Celles qui ont présenté le moins de troubles cardiaques sont les affections malignes de l'utérus 8 % ; polypes utérins 6 % et kystes de l'ovaire 3 %.

M. Douglas Powell fait remarquer que le rétrécissement mitral est fréquemment associé à des lésions congestives de différents organes.

M. William Duncan croit qu'il y a une coïncidence fortuite plutôt qu'une relation vraie entre la plupart des affections pelviennes et les maladies du cœur.

M. Herman pense que, pour établir d'une façon sérieuse les rapports qui existent entre les affections cardiaques et les maladies des organes pelviens, il faudrait examiner un nombre considérable de femmes atteintes de maladies de cœur et voir si elles ont, en même temps, quelques lésions du côté de leurs organes pelviens. (*Bull. méd.*)

REVUE DE LA PRESSE

NOUVELLE MÉTHODE POUR ATTEINDRE LES ORGANES PELVIENS PAR LA VOIE SACRÉE

Par le Dr Roux, chirurgien de l'hôpital cantonal, à Lausanne.

Mme P..., sage-femme, âgée de 53 ans, bonne santé, sauf une fausse-couche avec hématocèle, en 1875 ; phlébite à chaque jambe en 1884, bronchite en 1886, dont elle prétend ne s'être jamais remise. Toute sa vie elle a été constipée. En janvier 1888, après une émotion, elle eut un ténesme intense en n'évacuant qu'un peu de sang ; çà et

là vingt à trente tentatives de selles dans une journée n'amenaient que du sang. Depuis le mois de mars, elle doit prendre régulièrement de l'huile, qui amène de temps à autre un bol fécal durci gros comme une noisette. Elle croit avoir des hémorrhoïdes internes. La nature du mal reconnue (cancer du rectum), elle entre à l'hôpital le 1er juin 1888.

L'état général, quoique mauvais, permet l'excision du carcinome, qu'on décide de faire en respectant, si possible, le sphincter de l'anus.

Opération le 2 juin, avec l'aide de MM. le Dr Francillon et Perret, interne de service. Narcose à l'éther, sans vomissements (comme du reste pour les 3 autres opérés). Incision longitudinale postérieure de Kocher ; la malade couchée sur le flanc gauche, on réséque d'un coup de ciseau l'extrémité inférieure du sacrum, qu'on rabat avec le coccyx et la peau de droite à gauche. Pour isoler la tumeur du vagin, l'aide place un doigt dans cette cavité, et le décollement devient facile. Un paquet de glandes, à droite en arrière du rectum, oblige de pousser la dissection plus haut que la tumeur. On ouvre le péritoine qu'on suture de suite ; on sectionne le bas du rectum au-dessus du sphincter, enveloppe la tumeur dans de la gaze, et attire le bout supérieur de la section de l'intestin, jusqu'à pouvoir suturer la musculaire de la portion anale à celle de l'extrémité supérieure. On commence par coudre muqueuse à muqueuse, pour terminer en complétant la suture des tuniques musculaires l'une à l'autre. Désinfection au sublimé 1 °°/°°. Tamponnement à la gaze iodoformée ; suture des extrémités de la plaie seulement, après avoir fixé en place par quelques points l'os réséqué.

La malade, très éprouvée d'abord, se remet assez vite ; le 7 juin, on change les tampons ; le 11, on s'aperçoit au passage d'un flatus qu'il y a une fistule dans la plaie ; le 20, on y trouve quelques fèces. Lavage à l'eau térébenthinée. Le 27, les granulations remplissent rapidement la plaie, qui a encore sa fistule. Le 11 juillet, la malade est, sur son désir, licenciée ; elle fait elle-même les pansements. Le 12 octobre, elle se présente avec bonne apparence, l'os suturé est solide, mais un peu dévié : les selles normales ; le sphincter fonctionne très bien. Au toucher, on sent, à la hauteur de la suture, une sorte de diaphragme en croissant, qui proémine nettement dans la lumière du rectum, mais laisse passer la pointe de trois doigts et les fèces sans difficulté.

Actuellement, la malade est en très bon état. Pas trace de récidive.

FIBRO-MYÔME DU CORPS DE L'UTÉRUS. HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE. GUÉRISON. ALIÉNATION MENTALE CONSÉCUTIVE A L'OPÉRATION,

Par M. POLAILLON.

Si, dans la grande majorité des cas, l'ablation de l'utérus et des ovaires malades n'a aucune influence fâcheuse sur les fonctions intellectuelles,

on a cependant cité quelques faits dans lesquels cette opération aurait été suivie d'un trouble mental plus ou moins grave.

Mais l'ovariotomie ou l'hystérectomie, plus que toute autre grande opération, est-elle capable de provoquer l'aliénation mentale ? Nous manquons de preuves pour répondre à cette question, et nous resterons dans le doute jusqu'à ce qu'un nombre assez considérable de faits soient venus nous éclairer.

A titre de document sur ce point spécial de pathologie, nous croyons utile de publier l'observation suivante, dans laquelle l'aliénation mentale paraît avoir été provoquée par une hystérectomie.

La nommée Augustine Cl..., âgée de 35 ans, blanchisseuse, est entrée le 3 août 1887 dans mon service de la Pitié, salle Gerdy, nº 9.

Ses parents sont morts : sa mère, d'une maladie de cœur ; son père, d'une maladie dont elle ignore la nature.

Elle a toujours joui d'une bonne santé. Elle a été réglée à 10 ans. Depuis cette époque, les règles ont été régulières, peu abondantes, durant trois jours. Point de grossesse ni de fausse couche.

Il y a un an, elle a constaté dans le bas-ventre une petite tumeur, assez mobile, qui a augmenté de volume avec une grande rapidité. Elle n'en souffrait aucunement. Jamais elle n'avait eu de pertes abondantes, quand, il y a deux mois, quinze jours après la dernière époque, elle eut une métrorrhagie très sérieuse, qui dura deux semaines.

Entrée à la Pitié, je constatai, dans le bas-ventre, une tumeur arrondie remontant presque jusqu'à l'ombilic. Cette tumeur était mobile dans le sens transversal, lisse, non fluctuante, très dure. Si ce n'eût été sa consistance, elle ressemblait à un utérus gravide ayant atteint six mois. Au toucher vaginal, je trouvai le col petit, assez mou, pointu comme celui d'une femme qui n'a pas eu d'enfants. Les culs-de-sac latéraux étaient libres. Le cul-de-sac postérieur était peu dépressible. Tous les mouvements communiqués à la tumeur se transmettaient facilement au col de l'utérus. Il était évident que j'avais affaire à une tumeur dépendant du corps de l'utérus.

Une sonde molle et assez fine, enfoncée dans l'orifice du col, pénétrait dans une longueur de 22 centimètres. Mais il était évident qu'elle se repliait sur elle-même dans la cavité utérine ; car l'hystéromètre n'indiquait qu'une profondeur de 7 centimètres 1/2. La cavité utérine n'était donc agrandie que d'environ 1 centimètre dans le sens vertical ; mais elle était élargie transversalement, au point de permettre à l'hystéromètre de s'incliner à droite et à gauche dans une grande étendue.

Mon diagnostic fut : *fibro-myome du fond de l'utérus*, sans agrandissement considérable de la cavité utérine.

Les fonctions, en général, ne laissaient rien à désirer. La miction, notamment, se faisait bien et les urines étaient normales.

J'avais affaire à une malade assez maigre, brune, dont l'état général était bon.

Son caractère était taciturne et bizarre. Elle avait parfois un langage grossier, sans qu'elle eût été provoquée le moins du monde. Je note ces particularités comme des indices de la prédisposition à l'aliénation mentale, qui a éclaté après l'ébranlement de l'opération.

Elle réclamait l'ablation de sa tumeur avec une grande insistance, prétendant qu'elle ne pouvait plus gagner sa vie, etc. Bien que ce fibromyome ne fût pas douloureux et qu'il ne produisît, pour le moment, que de la gêne, néanmoins sa marche rapide et l'hémorrhagie grave qu'il avait occasionnée me parurent des indications suffisantes pour céder au désir de la malade.

Après les préparations d'usage (purgation, bains, antisepsie vaginale), Augustine Cl... fut opérée le 11 août 1887, dans le pavillon spécial de la Pitié.

Chloroformisation facile, sans accidents de vomissements.

Incision sur la ligne médiane, depuis le pubis jusqu'à l'ombilic. La tumeur lisse, arrondie, vient aussitôt se présenter entre les lèvres de l'incision. Elle est attirée au dehors, et à sa place des éponges phéniquées sont introduites dans la cavité péritonéale pour protéger l'intestin.

Je traverse la base de la tumeur avec deux broches qui se croisent. Entre elles, je place un cordon de caoutchouc fortement serré et maintenu avec un petit clamp. La tumeur est ensuite coupée à un centimètre au-dessus de la broche supérieure. Sur la section du pédicule, on voit la coupe de la cavité utérine.

Suture profonde avec trois fils d'argent, et suture superficielle avec plusieurs crins pour bien affronter les lèvres de l'incision.

Pansement de Lister, complété avec des tampons de gaze iodoformée placés sous les broches et autour du pédicule.

L'opération et le pansement n'ont duré que 35 minutes.

L'examen de la tumeur montre qu'on avait bien affaire à un fibromyome occupant toute la partie supérieure du corps de l'utérus. Les deux ovaires et les deux trompes ont été enlevés avec la tumeur. La cavité utérine est élargie et anfractueuse. Le poids total de la masse sectionnée est de 650 grammes.

Suites. — Le soir de l'opération, la patiente est agitée et demande à manger. Temp., 36°,8; Pouls, 64.

Pas de douleurs. Pas de vomissements.

Pendant la première partie de la nuit, deux vomissements muqueux et bilieux. Sommeil pendant le reste de la nuit.

12 août. — Matin, temp., 37,6 ; Pouls, 84 ; Respir., 22. — Soir, temp., 38,2 , Pouls, 66.

La malade est très calme et n'a plus de vomissements.

Elle boit du lait et le digère bien. Pas d'émissions gazeuses par l'anus. On est obligé de la sonder.

13 août. — Temp., 37,4 le matin ; 38,2 le soir.

Pendant une absence de la surveillante, la malade sort de son lit et fait quelques pas. Elle est recouchée aussitôt. Cette incartade ne produit point d'accidents.

Les jours suivants, la température se maintient aux environs de 37 à 37°5 le matin, et le soir elle ne dépasse pas 38°. L'alimentation est progressivement augmentée.

15 août. — Premier pansement. Tout va bien du côté du pédicule et de l'incision ; le ventre n'est pas ballonné.

17 août. — La malade veut se lever et défaire son pansement. Elle tient des propos incohérents.

18 août. — Deuxième pansement. L'aspect général est bon. Mais la malade a un peu de diarrhée et, ne prenant pas la peine de demander le bassin, laisse aller ses matières dans son lit.

20 août. — Agitation. La malade veut se lever et sortir de l'hôpital pour aller chercher de l'argent. Le soir l'agitation prend un caractère plus violent, et on est obligé de lui attacher les mains et de la surveiller pour l'empêcher de se lever.

24 août. -- La malade est plus calme ; mais elle continue à tenir des propos incohérents.

Troisième pansement. Ablation des trois fils profonds. A la partie supérieure du pédicule, je trouve une masse blanche, arrondie, grosse comme une pomme d'api, masse qui n'est autre chose qu'un fibrome. Ce fibrome, placé au-dessous de la ligature du pédicule et privé de ses connexions avec le reste de la tumeur, s'est sphacélé et s'énuclée facilement.

29 août. — Quatrième pansement. Le pédicule est sur le point de se détacher.

La malade a toujours de la tendance à la diarrhée. Elle s'alimente avec des potages, des côtelettes, du lait. L'état général est satisfaisant. La température est à 37°.

1er septembre. — Chute du pédicule.

L'intelligence de la malade est très altérée, très affaiblie. A certains moments, elle est en proie à un délire mélancolique ; dans d'autres moments, elle est tout à fait en état de démence.

9 septembre. — La cicatrisation de la plaie du pédicule est presque achevée.

10 septembre. — L'opérée quitte le pavillon d'ovariotomie pour rentrer dans la salle Gerdy. Elle est amaigrie et sa peau, surtout celle de la face, a pris une teinte brunâtre, plus foncée que celle qui lui est naturelle. Cependant, toutes ses fonctions s'exécutent d'une manière satisfaisante. Son ventre est plat, souple, indolore.

Son intelligence se trouble et s'affaiblit de plus en plus. Elle passe ses journées couchée sur le dos, sans parler, et laisse échapper dans son lit ses urines et ses matières fécales. Elle se met à pleurer à chaque instant. Quelquefois elle se lève et, sans s'habiller, veut sortir de la salle et de l'hôpital. Son délire revêt la forme du délire mélancolique.

Je la garde dans mon service jusqu'au 3 octobre. Mais comme elle trouble le repos des autres malades, comme l'aliénation mentale est bien confirmée et s'aggrave au lieu de s'amender, comme d'ailleurs elle est bien guérie de son hystérectomie, je la fais transporter à l'asile des aliénés de Sainte-Anne.

(*Un. Méd.*)

DES TROUBLES DYSPEPTIQUES DANS L'ENFANCE. — LEUR DIAGNOSTIC PAR LA RECHERCHE CHIMIQUE DU SUC GASTRIQUE.

M. le professeur Moncorvo, ce vaillant représentant de la pédiatrie au Brésil, nous montre qu'il y a lieu d'admettre deux groupes distincts de gastropathie dans l'enfance : un premier groupe qui comprend celles provenant des écarts de régime alimentaire, un second groupe où les troubles dyspeptiques sont engendrés primitivement par l'affaiblissement général de l'organisme ou par un état encore presque physiologique, comme il arrive pour l'anémie tropicale ou l'impaludisme latent atténué. Dans de pareils cas, la dyspepsie peut survenir chez les enfants, malgré la bonne direction du régime alimentaire.

Les désordres du premier groupe sont annoncés par la nature des selles et ensuite par l'intolérance de l'estomac. Les matières fécales sont fluides, granuleuses, verdâtres, renfermant une assez forte proportion de mucus, des granulations graisseuses et des caillots de caséine non digérée. Elles sont très fétides ordinairement et elles offrent la réaction acide, au papier de tournesol.

Si l'on continue à alimenter vicieusement les enfants, les désordres vont s'aggravant et bientôt on a sous les yeux le tableau de l'athrepsie.

Les accidents digestifs coïncident fréquemment avec la dilatation du ventricule (*gastroectasie*).

Chez les nouveau-nés, l'état dyspeptique se dénonce par la lenteur de la digestion gastrique.

L'estomac met une heure et demie ou deux heures avant de se débar-

rasser de son coagulum lacté. Cette digestion languissante qui doit se compléter dans le duodénum, ne le fait qu'imparfaitement. De cela il résulte que la caséine incomplètement peptonisée passe dans les garde-robes (lientérie).

La stagnation habituelle du lait dans l'estomac entraîne à la longue la dilatation de cet organe, surtout quand les désordres chimiques se produisent chez un enfant déjà dystrophique ou affaibli par quelque maladie intercurrente.

L'examen des garde-robes rend assez de services au diagnostic des troubles gastro-intestinaux, mais l'exploration du suc gastrique, au cours de la digestion, est de nature à le mettre mieux en lumière encore.

Moncorvo tenta donc l'exploration du suc gastrique au moyen de divers réactifs, parmi lesquels il crut avoir à donner la préférence à la *phloroglucine vanilline,* en faveur auprès du professeur G. Sée, eu égard à l'extrême sensibilité de ce réactif, en présence de l'acide chlorhydrique. Il trouva cependant que la solution alcoolique de résorcine à 5 p. c., additionnée de 3 p. c. de sucre de canne (réactif de Boas), donnait une coloration identique à celle produite par la phloroglucine.

Dans les cas de dyspepsie des sujets très jeunes, il remarqua qu'il était de règle de constater un déficit de l'acide chlorhydrique libre du suc gastrique ; en d'autres termes, qu'il existait de l'hypochlorhydrie ou anachlorhydrie. Ceci rend compte de l'imperfection de la digestion gastrique, de même que des avantages de la chlorhydrothérapie pour amener la disparition de la lientérie.

Les températures élevées en produisant de l'hypersécrétion sudorale, amoindrissent la sécrétion gastrique en acide chlorhydrique et portent préjudice à la peptonisation des aliments azotés. La lientérie puise donc aussi sa source dans le milieu surchauffé où vivent les enfants et dans la façon dont on les couvre.

Dr N. Droixhe.

OBSTRUCTION INTESTINALE SURVENUE APRÈS UNE OVARIOTOMIE.

M. Handfield Jones, publie dans la *Lancet*, l'observation d'une malade chez laquelle il a pratiqué une laparotomie pour obstruction intestinale, survenue après une ovariotomie. Il s'agit d'une femme de 43 ans, vierge, qui avait consulté M. Anderson, en 1883, pour une tumeur abdominale dont l'existence remontait à deux ans ; la nature et le siège de cette tumeur n'avaient pu être reconnus, le toucher vaginal n'ayant pas été pratiqué.

En février 1889, M. Handfield Jones, appelé en consultation, constata

que la partie inférieure de l'abdomen était occupée par une tumeur solide, remontant à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Ce néoplasme, dont le volume dépassait celui d'un utérus gravide de sept mois, avait une consistance pierreuse ; sa surface était régulière ; il était possible de le mouvoir latéralement ; enfin il n'adhérait pas à la paroi abdominale.

Le toucher vaginal, pratiqué sous le chloroforme, permit de constater que l'utérus était petit, abaissé, en rétroflexion, et tout à fait indépendant de la tumeur abdominale.

On porta alors le diagnostic de tumeur ovarienne, probablement de nature maligne et accompagnée d'ascite. Le cœur, les poumons, tous les autres organes étaient normaux ; l'urine ne contenait pas d'albumine. Comme la malade avait considérablement maigri, M. Handfield Jones proposa une opération. Il est à noter que, depuis le début de l'affection, la malade avait continué à être régulièrement réglée.

L'opération fut pratiquée le 16 février. A l'ouverture du péritoine, il s'écoula une certaine quantité de liquide ascitique ; il existait, entre le néoplasme et la paroi abdominale, quelques adhérences qui furent aisément rompues. On constata alors que la tumeur était partout solide, sauf en haut et à gauche où il y avait un petit kyste, qui se dirigeait du côté de la rate. Le pédicule de la tumeur, une fois saisi entre deux pinces, fut sectionné ; il était petit, épais et constitué par le ligament large droit.

L'examen de la tumeur montra que c'était un fibro-sarcome de l'ovaire droit.

L'opération ayant duré une heure vingt-quatre minutes, la malade resta très affaiblie pendant quelques heures, mais se remit très bien, cependant.

Pendant les huit jours qui suivirent l'intervention chirurgicale, il n'y eut rien à noter du côté du ventre, mais dès le surlendemain de l'opération, la malade se mit à tousser et la respiration devint fréquente et pénible. A l'auscultation on constatait à la partie supéro-antérieure du poumon droit tous les signes d'une broncho-pneumonie. Le poumon gauche ne tarda pas à se prendre.

Le 5 mars, alors que la complication pulmonaire était en pleine régression, la malade se mit à vomir et les vomissements se répétèrent les jours suivants et devinrent fécaloïdes. L'administration d'une assez forte dose d'opium calma les vomissements ; cependant le cours des matières ne se rétablit pas et le 8 mars, les vomissements stercoraux reparurent. Le ventre était très légèrement ballonné, non douloureux ; la température était normale, mais l'état général de la malade était cependant altéré et les forces avaient diminué notablement.

Le 9, l'état général s'étant aggravé, M. Handfield Jones fit une nouvelle laparotomie; la paroi abdominale fut incisée au même endroit que lors de le première opération et on put constater que l'étranglement portait sur la partie supérieure de l'iléon qui adhérait au péritoine pariétal juste au niveau du cœcum. Cette adhérence était le fait d'une péritonite localisée ; ce ne fut qu'avec peine que l'anse étranglée put être séparée du péritoine pariétal.

En cherchant s'il n'existait pas d'autres parties de l'intestin étranglées on trouva que deux anses intestinales étaient accolées au promontoire sacré par des bandes de tissus fibreux de formation récente. On sectionna ces bandes et on referma la cavité péritonéale. L'opération avait duré une heure et demie.

La malade eut dans la soirée quelques vomissements fécaloïdes, qui cessèrent le lendemain pour ne plus reparaître. Au bout de huit jours les sutures faites à la paroi abdominale furent enlevées, et un mois après la guérison était complète.

Lors de la première opération, M. Jones avait remarqué que l'intestin grêle adhérait à droite à la paroi abdominale et pendant qu'il détachait les adhérences qui existaient à ce niveau, il s'était produit une hémorrhagie. Il s'était fait là, après l'ovariotomie, un point de péritonite qui avait amené à nouveau l'adhérence de l'intestin au péritoine pariétal.

Les causes de l'obstruction intestinale sont encore assez fréquentes. Cet accident peut, dans certains cas, se produire immédiatement après l'opération, c'est qu'alors une anse intestinale a été comprise dans le pédicule. Dans d'autres cas l'obstruction se manifeste lentement, comme dans le cas rapporté plus haut. Le diagnostic est, dans les cas de ce genre, beaucoup plus facile à faire et l'on peut également intervenir assez tôt. Le diagnostic est, au contraire, très difficile à faire quand l'obstruction se manifeste après l'opération ; on a, en effet, tendance à rapporter les accidents observés soit au shock opératoire, soit à une péritonite septique.

Dans un livre qu'il a publié sur l'obstruction intestinale à la suite de l'ovariotomie, M. Hirsch rapporte quatorze cas de ce genre. Une fois seulement une nouvelle laparotomie fut faite, avec succès d'ailleurs. C'était dans un cas semblable à celui de M. Handfield Jones.

(*Bull. méd.*).

VALEUR DU TAMPON-ÉPREUVE DANS LE DIAGNOSTIC DE L'ENDOMÉTRITE CHRONIQUE,

Par B.-S. Schultze (d'Iéna).

Si on introduit dans le vagin un tampon de ouate imbibé d'une solution de tannin à 25 % dans la glycérine, de façon à ce qu'il soit ap-

pliqué contre le col de l'utérus préalablement nettoyé, il y produit ce qui suit :

La solution de tannin et glycérine attire les sécrétions des tissus environnants et laisse filtrer l'eau de ces sécrétions. Lorsqu'on retire le tampon au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, on trouve derrière lui un caillot-résidu des sécrétions. Si la matrice est saine, le caillot est transparent comme le mucus du col à l'état sain ; si ce résidu est louche, il provient des sécrétions purulentes de la matrice ou du col.

Quelquefois même ce tampon est recouvert d'une couche de détritus épithéliaux provenant du col ou du vagin.

Mon tampon devient ainsi un élément de diagnostic, car les différentes endométrites ont des symptômes cliniques sensiblement semblables, quelques endométrites chroniques même sont facilement méconnues. Ce n'est pas la plus ou moins grande *quantité* de la sécrétion qui donne une indication précise de l'endométrite, mais la qualité et surtout son contenu en pus.

Quand ni le col ni le vagin ne sont malades, la sécrétion de la matrice seule est peu abondante et l'on voit des malades souffrant d'endométrite chronique assurer qu'elles n'ont aucune perte d'aucune nature.

Ce n'est que lorsque le col a subi une atteinte inflammatoire que la sécrétion devient vraiment abondante. Avec notre tampon-diagnostic, on recueille tout ce qui est sécrété en vingt-quatre ou quarante-huit heures et l'on peut juger des résidus pathologiques de l'écoulement.

S'il y a du pus sur le tampon, on diagnostiquera une endométrite purulente du corps ou du col de l'utérus, car quand le corps seul est malade, ce n'est pas ce pus qui en est la caractéristique, mais bien plutôt le sang, car la muqueuse de l'utérus a plutôt de la tendance à saigner qu'à suppurer en temps ordinaire.

Il va sans dire qu'il ne faut pas exagérer la valeur du diagnostic que nous donne le caillot du tampon, car le pus que l'on peut y remarquer peut provenir du col, du corps et même des ovaires.

Cependant nous pouvons ajouter ceci : que le pus qui vient du col est davantage mélangé au mucus que celui de l'utérus ; il est plus épais et compact, excepté dans le cas où il existe une érosion ou ectropion dont les surfaces donnent aussi un pus très liquide. C'est un accident à contrôler avec le spéculum. Les érosions, ectropions et follicules hypertrophiées sont souvent eux-mêmes des éléments de diagnostic de catarrhe du col. Donc, si en l'absence de ces accidents, on trouve sur le tampon un caillot de pus très compact, on peut conclure au catarrhe isolé du col.

Comme l'endométrite, même purulente, du corps de l'utérus suppure

très peu, il est souvent nécessaire qu'un tampon recueille les sécrétions de vingt-quatre heures pour qu'on puisse la reconnaître ; mais, si peu de pus que l'on recueille, il y a toujours de la sécrétion purulente qui décèle un processus inflammatoire de la muqueuse ; à plus forte raison s'il y a du sang mélangé à ce pus, on aura recueilli un des plus importants symptômes de l'endométrite du corps de l'utérus.

Il est évident que nous n'élevons pas le tampon diagnostic à la hauteur d'un moyen qui permette de se passer des autres, tels que le sondage de la cavité utérine, la dilatation du col ou l'examen microscopique des débris de muqueuse, mais c'est un moyen facile, pratique, à la portée de tous, et qui peut rendre de précieux services à ceux qui savent s'en servir.

Beaucoup de cas de dysménorrhée et de stérilité, que l'on met sur le compte du « nervosisme » des femmes, alors que l'on n'a trouvé ni déviation de l'utérus, ni catarrhe abondant avec l'examen au spéculum ou à la sonde, proviennent d'une endométrite légère qui peut se déceler sur un tampon qui est resté vingt-quatre heures à demeure. Lorsque le traitement est terminé, le tampon-diagnostic nous indiquera encore si véritablement l'écoulement purulent a tout à fait disparu.

Il en est de même de certains troubles dyspeptiques, douleurs lombaires, migraines, accès de toux nerveuse qui sont souvent dépendants d'une légère endométrite. Avec le tampon-épreuve, on pourra instituer un traitement rationnel comme la dilatation et le lavage de l'utérus. Du reste, il est une règle générale en clinique, c'est de n'accepter une affirmation d'un malade que sous bénéfice d'inventaire. Le tampon-épreuve, au tannin-glycérine, aura pour but de contrôler les affections purulentes des organes génito-urinaires de la femme, lorsque ceux-ci seraient d'une légèreté telle que ces écoulements auraient échappé à l'observation de la malade.

Après avoir vu les résultats heureux de ce moyen de diagnostic pendant nombre d'années, je me crois en droit de dire que l'endométrite latente, celle qui est reconnue seulement au moyen du tampon, a été une cause fréquente de dysménorrhée et de stérilité.

Il faut faire ici, en passant, la remarque que l'écoulement est parfois suspendu complètement pendant quelques heures, que par conséquent le pus ne s'écoule pas chaque jour de l'utérus. Ce fait est important à noter au point de vue du diagnostic ; l'absence momentanée du pus sur le tampon ne permet donc pas d'exclure avec certitude l'existence d'une endométrite.

Ce n'est pas seulement l'excrétion, mais encore la sécrétion du pus qui, dans quelques cas, est périodique. *La douleur dans le milieu*, comme on l'appelle, se rapporte à une sécrétion purulente restreinte à

la durée de quelques jours ; le tampon le prouve. La stagnation de la sécrétion purulente fait que certaines endométrites sont chroniques d'emblée ou rend facilement chroniques celles qui existent chez des femmes ou des filles qui viennent réclamer un traitement pour une paramétrite chronique ; on trouve presque toujours, à l'aide du tampon, une sécrétion utérine purulente (même lorsque le col est sain). Dans les anamnestiques, on rencontre la mention d'un léger écoulement auquel on ne prenait pas garde, des souffrances dysménorrhéiques qu'on traitait de « nerveuses », et qui avaient précédé de beaucoup la paramétrite. La paramétrite chronique, surtout postérieure, produit ou bien le raccourcissement des ligaments de Douglas et, par suite, une torsion utérine, ou une antéflexion pathologique, ou une fixation du col, ou bien encore le relâchement des ligaments de Douglas et, par suite, une rétroflexion qui se termine par des paramétrites et des oophorites.

Mon observation personnelle et l'examen minutieux des anamnestiques me font regarder l'endométrite, surtout celle qui a pour symptôme spécial une sécrétion abondante et des hémorrhagies, comme le début d'un grand nombre d'inflammations et processus inflammatoires dans le voisinage de l'utérus.

Il est hors de doute que le catarrhe utérin conduit souvent à la métrite et à la paramétrite, et il est non moins certain qu'après une paramétrite postérieure, il y a souvent une rétroflexion utérine.

Par suite de la rétroversion et rétroflexion de l'utérus, les ovaires repoussés aussi en arrière, souffrent beaucoup ; ils ne sont plus protégés par les ligaments larges et sont exposés à des impressions extérieures. Par suite du changement de position des ovaires consécutif à la rétroversion utérine, ces organes se tuméfient et deviennent douloureux, ce qui est prouvé par leur retour à l'état normal aussitôt que l'utérus est remis en position normale. Il est vraisemblable aussi qu'un grand nombre de tumeurs de l'ovaire ont leur origine dans leur changement de position occasionné par la rétroversion. Si ces vues sur la signification étiologique du catarrhe simple de l'utérus pour les affections plus graves de l'utérus sont exactes, il est évident qu'il est de la plus grande importance de le reconnaître le plus tôt possible pour y trouver des indications curatives.

Le traitement gynécologique ne peut pas facilement être fait par tout médecin, mais le *diagnostic gynécologique pourra être fait par le plus grand nombre*. Le diagnostic donne lieu à de nombreuses et importantes indications. Il est, certes, précieux de savoir si une anémie, une chlorose, une migraine, une dyspepsie sont compliquées d'une maladie des organes génitaux. Cette affection est-elle la cause de toutes ces souffrances ? voilà une question importante ; commande-t-elle un traite-

ment local ? en voilà une non moins sérieuse. Que la réponse soit celle-ci ou une autre, il n'est pas moins vrai que la connaissance de cette complication est précieuse pour le médecin et avantageuse pour la malade en raison des indications qu'elle peut commander.

Comme le catarrhe utérin est une des maladies les plus fréquentes de l'appareil génital de la femme, qui, plus que tout autre, réveillant des manifestations réflexes dans les organes les plus éloignés, peut égarer le diagnostic ; comme le plus simple catarrhe utérin a un grand retentissement dans tout l'organisme, est une cause grave de stérilité, de dépression de tout l'organisme de la femme, et devient à son tour cause d'autres maladies de l'appareil génital, il est de la plus grande importance que son diagnostic n'échappe pas au médecin et il est précieux pour lui de posséder un moyen d'information dont peut faire usage tout praticien. Ce moyen, nous le possédons, c'est le *tampon-épreuve employé comme moyen de diagnostic.*

(*Gazette de Gynécologie.*)

UNE VARIÉTÉ D'ABERRATION DU SENS GÉNÉSIQUE.

M. Mottet lit à la Société de médecine légale un rapport sur l'état mental d'un individu poursuivi pour avoir, à plusieurs reprises, coupé les nattes de jeunes femmes qu'il rencontrait dans la rue.

Voici, dit l'orateur, l'histoire du prévenu telle que nous avons pu l'établir, MM. Voisin, Socquet et moi, après examen approfondi : il s'agit d'un homme, âgé de quarante ans, dans les antécédents héréditaires duquel on trouve plusieurs cas d'aliénation mentale, soit du côté maternel, soit du côté paternel ; dans son enfance, il ne fut pas atteint de maladies graves, mais il présentait déjà des tendances d'esprit très particulières ; il était méticuleux à l'excès dans les soins de sa toilette, de ses vêtements, et soigneux en toutes choses. De nature un peu timide, il était d'une conduite presque irréprochable, nul ne lui connaissait de maîtresse et il éprouvait même pour les femmes une certaine aversion, ou du moins n'éprouvait que de l'écœurement des rapports qu'il avait rarement avec elles.

Entré au conservatoire des Arts-et-Métiers pour y suivre des cours, il en sortit pour devenir serrurier d'art, et ne tarda pas à être un excellent et habile ouvrier.

En 1870, il fit une partie de la campagne comme garde-mobile ; plus tard, après la Commune, ayant entrepris une affaire importante, il perdit une somme considérable et en fut pendant longtemps très affecté.

C'est plus tard qu'il commet des actes étranges et bizarres ; il tombe éperdûment amoureux d'une jeune fille de quinze ans, qu'il ne peut

épouser, puis il s'amourache d'une jeune veuve, puis d'une seconde et s'exalte au sujet de son affection. En 1889, il est arrêté au Trocadéro ; il venait de dérober, en la coupant, la natte de cheveux qu'une jeune fille portait dans le dos ; il avoua alors l'avoir fait dans un moment d'égarement et ne se refusa pas à reconnaître qu'il avait déjà commis plusieurs fois des faits semblables. Une perquisition, faite à son domicile permit d'y retrouver une collection de soixante-cinq nattes arrangées en paquets. Le prévenu nous avoua alors que, depuis trois ans, l'attouchement seul de cheveux de femmes faisait naître en lui des sensations inconnues jusque là ; la pensée même ramenait ces mêmes sensations et il était obsédé par cette idée persistante, cette envie de posséder, de toucher des cheveux ; lorsqu'il apercevait des jeunes femmes ou des jeunes filles aux cheveux pendants, dans la rue ou dans un lieu public, il cherchait à se rapprocher d'elles et éprouvait une très vive contrariété, lorsqu'il ne pouvait satisfaire son désir.

Ce fait rentre, dit M. Mottet, dans la catégorie de ceux qui ont été décrits par MM. Charcot et Magnan, en 1883, et appartient à la classe des perversions de l'instinct sexuel ; l'étude du malade, de ses antécédents, nous ont fait conclure à son irresponsabilité et nous ont permis de demander son internement dans une maison d'aliénés.

D'autres faits du même genre ont pu être relevés chez ce malade ; il collectionnait avec amour toutes sortes d'objets de femmes, des bouts de rubans, des boucles de cheveux, etc. Il était encore poursuivi, obsédé par des appréhensions inexplicables, et, en particulier, par la recherche angoissante des mots. En un mot, il était atteint de cette manie instinctive qui appartient surtout à la folie héréditaire et qui permet de conclure à l'irresponsabilité.

ABSENCE COMPLÈTE DE LA MATRICE, AVEC DÉVELOPPEMENT INCOMPLET DU VAGIN.

Mme MILBRET DAMSKAÏA (*Wratch*, n° 39, 1888).

En février 1887, une femme de chambre, Marie E..., âgée de vingt-sept ans, se présente, en se plaignant d'anorexie et de constipation dont elle souffre depuis deux ans. Elle n'a jamais eu d'autre maladie, jamais été réglée ; point de sensations ou douleurs périodiques, ni d'hémorrhagies vicariantes.

Mariée à vingt ans, l'instinct sexuel existe, mais l'acte même, quelque peu douloureux, n'est pas accompagné de sensations agréables. Son mari ne s'est aperçu de rien d'anormal.

Taille au-dessus de la moyenne, conformation bonne, aspect féminin, voix féminine, seins de grandeur moyenne, pubis couvert de poils,

grandes et petites lèvres, clitoris normaux ; orifice externe de l'urèthre normal, hymen rompu, mais d'aspect normal. En écartant les grandes lèvres, on voit faire hernie dans l'orifice annulaire de l'hymen, une formation rappelant par son aspect la muqueuse complètement normale du vagin, avec un raphé médian et des plis transversaux. Parfaitement molle à la palpation, elle se laisse enfoncer par le doigt, en formant un cul-de-sac de 4 à 5 centimètres de longueur.

L'examen combiné par les parois abdominales et le vagin, artificiellement formé par le doigt, ne donne aucun renseignement sur les organes du petit bassin. A la palpation combinée par les parois abdominales et le rectum, il est impossible de retrouver l'utérus ou quelque chose qui s'en rapproche. Même résultat par l'introduction d'une sonde dans la vessie et d'un doigt dans le rectum : on peut distinguer des ligaments utéro-sacrés passant l'un dans l'autre en courbe ; à la place normale des ovaires se trouvaient des formations molles et indolores, de grandeur moitié moindre que des ovaires normaux.

Le résultat de l'examen objectif, réuni à l'absence complète de règles et de molimen, donne le droit de supposer qu'il s'agissait ici d'une absence complète de l'utérus, ce qui fut entièrement confirmé par un autre médecin.

(*Gaz. de Gyn.*).

NOUVELLES

Nécrologie. — Mme Chapé, professeur du cours départemental d'accouchements à Alger, élève de l'Ecole de Colmar ; nommée au concours de 1860 comme professeur-adjoint, elle devint professeur titulaire après un nouveau concours. Elle était officier d'Académie depuis 1888. — M. le Dr Jean-P. Thaler, professeur d'accouchements à Linz. — M. le Dr Maccari, professeur d'obstétrique à la Faculté de Médecine de Vienne. — M. le Dr Martinez Toral, secrétaire de la Société de Gynécologie de Madrid.

Cours d'accouchements. — MM. les docteurs G. Lepage et J. Potocki ont recommencé le lundi 27 janvier un cours théorique et pratique d'accouchements. Ce cours *gratuit* aura lieu tous les jours, à quatre heures et demie, à l'Association générale des Etudiants, 41, rue des Ecoles ; il sera complet en trente-six leçons et comprendra des exercices pratiques sur le mannequin.

VARIÉTÉS

—

Opération de complaisance.— Les opérations de luxe, dit le praticien, deviennent, à l'occasion, des opérations nécessaires. C'est encore l'histoire d'un nez. Un jeune homme vint un jour trouver Blandin et lui dit qu'éperdument amoureux d'une jeune fille qui le repoussait, il avait découvert la cause de son dédain : c'était la forme disgracieuse de son nez. Blandin refuse l'opération qu'on lui demande et cherche à la remplacer par de bons conseils ; le jeune homme insiste et déclare qu'il se tuera ; Blandin, voyant une résolution inébranlable, finit par céder et pratique une opération ingénieuse qui réussit parfaitement et remplit l'opéré de joie et de reconnaissance.

—

Hypnotisme et ménageries. — Cela devait arriver.

L'hypnotisme a fini par tomber peu à peu jusqu'aux cirques forains. Pour corser son spectacle, un dompteur a eu l'idée de placer une jeune fille en état de sommeil hypnotique dans la cage où évoluaient ses fauves. Or, l'un deux, un lion, dans un moment d'oubli, sans doute — qui n'en a pas ? — s'est précipité sur la jeune fille et a failli la dévorer. Elle en sera quitte, d'après les journaux locaux, avec une amputation de cuisse !

Le fait s'est passé à Béziers et on dit qu'après enquête sur ce triste incident, M. le ministre de l'Intérieur prendrait des mesures sérieuses contre les pratiques extra-médicales de l'hypnotisme.

S'il en est ainsi, ce lion de ménagerie aura eu beaucoup plus d'influence auprès de l'administration supérieure que nos journaux de médecine, que nos Sociétés de médecine, que les neuro-pathologistes les plus éminents, ceux auxquels on doit les meilleurs travaux sur l'hypnotisme.

Nous adressons donc à cet animal, malgré l'humiliation qu'il aura infligée au corps médical, nos bien sincères félicitations.

(*Bull. méd.*).

—

De l'alimentation par le vagin. — La *Weekly medical Review* a signalé dernièrement à l'attention des praticiens le pouvoir d'absorption de la muqueuse vaginale. On propose d'utiliser cette propriété pour alimenter les malades qui ne peuvent ingérer des aliments ou bien pour compléter l'alimentation par la voie rectale. On conseille même d'in-

jecter dans la cavité vaginale des aliments liquides préalablement peptonisés.

—

Empirique assisté d'un docteur-médecin. Condamnation. — Un jugement qui intéresse fort les rebouteurs, somnambules et autres empiriques exerçant plus ou moins directement la médecine sous les auspices d'un docteur, vient d'être rendu par la huitième chambre de police correctionnelle, présidée par M. Tardif.

« Le père Misère » est un charlatan bien connu dans le quartier du Marais. Il tenait, rue des Filles-du-Calvaire, 8, dans l'arrière-boutique d'un marchand de vins, une officine où il guérissait toutes les maladies incurables.

Le « père Misère », assisté d'un docteur-médecin, croyait être ainsi à l'abri des poursuites pour exercice illégal de la médecine. Il se trompait.

Déféré à la huitième chambre, il vient d'etre condamné à trois jours de prison et 100 francs d'amende.

A signaler cet attendu du jugement :

« Attendu que la loi de ventôse interdit à toutes les personnes non munies d'un diplôme à la suite d'études spéciales, de donner des soins aux malades, de leur prescrire des remèdes ou de pratiquer sur eux une opération quelconque ; qu'elle a voulu ainsi préserver la santé et même la vie de ceux qui ont recours à des empiriques ; que peu importe qu'un médecin assiste à la consultation et écrive, comme un secrétaire, une ordonnance revêtue de sa signature si, en fait, le médecin s'effaçant devant le non-diplômé, c'est ce dernier qui, en réalité, examine le malade, lui donne des conseils, lui indique le traitement à suivre, les remèdes à employer ; que le rôle de ce médecin est uniquement passif, sa présence n'ayant d'autre but que de dissimuler une fraude à la loi. »

(*Un. méd.*)

BIBLIOTHÈQUE

—

I. **La fièvre rouge en Syrie. Relation d'une épidémie de fièvre dengue observée à Beyrouth,** par M. H. de Brun. Revue de médecine. Août 1889.

II. **Du traitement de la névralgie sciatique, par les eaux et boues minérales de Dax,** par M. le Dr A. Larauza. Paris, Levé 1889.

III. **Sur le traitement électrique des fibromes utérins,** par les Drs Lucas-Championnière et Danion. Paris, 1890.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

17. — Traitement de l'éclampsie puerpérale. — Dans un article publié récemment dans la *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, M. Démelin donne les conclusions suivantes :

Ainsi, pendant l'attaque, empêcher la langue d'être mordue, donner du chloroforme et des lavements de chloral, et si l'on peut, faire prendre comme aliment exclusif du lait, et rien que du lait.

Il nous reste à traiter un point important. Qu'y a-t-il à faire au point de vue obstétrical pur ?

1° La femme est enceinte. Instituer le traitement médical que nous venons d'exposer, et s'abstenir de toute tentative d'accouchement forcé ou provoqué.

2° La femme est en travail ; c'est là le cas le plus fréquent, l'éclampsie déterminant l'apparition des contractions utérines, et causant le plus souvent l'accouchement prématuré. Si la dilatation du col est complète, terminer de suite par le forceps ou la version. Si la dilatation du col est incomplète, attendre et savoir qu'elle se fait souvent très vite chez les éclamptiques. Faire de l'antisepsie, mais éviter avec soin le sublimé et l'acide phénique qui en raison de l'état des reins pourraient produire des phénomènes d'intoxication. Se servir d'eau bouillie ou d'une solution d'hydrate de chloral au centième.

3° La femme est accouchée. Tout n'est pas dit encore, et il faut craindre l'éclampsie des suites de couches. Soit que l'albuminurie ait existé avant le travail, soit qu'elle ait apparu à son occasion, il arrive parfois qu'une femme qu'on a crue bien portante jusqu'alors, est prise de convulsions, le cinquième, sixième, neuvième jour des suites de couches. Le traitement est le même que plus haut.

En somme, un accoucheur consulté à temps sera en mesure d'éviter presque sûrement les convulsions puerpérales, et cela surtout à l'aide du régime lacté qui devra être intégralement suivi et continué non seulement jusqu'à l'époque de l'accouchement, mais jusqu'à ce que l'albuminurie ait complètement disparu.

⁂

18. — Traitement antiseptique des fissures anales. — La fissure doit être pansée deux fois par jour ou même plus souvent, avec une pommade au sublimé ainsi formulée.

Sublimé	0,15 à 0,30 cent
Extrait de belladone	0,05 cent.
Vaseline	30 gr.

On obtient aussi une atténuation rapide des douleurs et la cicatrisation. (*Rev. gén. de Clin. et de Thérap.*).



19.— De l'administration de l'acétanilide aux enfants, par M. le Dr Love. — D'après l'expérience clinique de l'auteur, on obtient des bénéfices comme nervin contre les convulsions et la coqueluche des enfants, comme antithermique dans la rougeole et la scarlatine. Enfin, elle réduirait l'intensité et le nombre des quintes de coqueluche.

La forme pharmaceutique suivante a été adoptée par M. Love pour en faciliter l'administration :

Acétanilide	1 gr. 80 centigr.
Alcool	12 grammes.
Glycérine	8
Eau de cannelle	12
Sirop de tolu	30

On fait ingérer toutes les deux ou trois heures une ou deux cuillerées de cette potion (*Arch. of Pediatric*, août 1889.)



20. — Acide salicylique dans les métrorrhagies. — Le Dr Felni rapporte deux cas dans lesquels ce médicament paraît avoir un effet surprenant. Dans le premier cas, il s'agit d'une hémorrhagie dans le cours d'un carcinome, contre laquelle tous les médicaments avaient échoué ; on réussit à l'arrêter en quelques minutes au moyen d'un tampon de ouate trempé dans une solution salicylée. Dans le deuxième cas, il s'agit d'une hémorrhagie simple, survenue au moment de la ménopause. La femme était déjà dans le collapsus.

Malgré l'emploi de tous les hémostatiques connus, l'hémorrhagie s'était reproduite. Enfin, il eut recours à un tampon de ouate fixé à une sonde, le plongea dans une solution salicylée concentrée et l'introduisit dans la cavité utérine. Au bout de quelques jours, l'hémorrhagie s'arrêta pour ne plus reparaître (*New-York med. Ricord* et *Paris médical.*)



21. — Lotions contre le prurit vulvaire. (Percy.)

Acide phénique	1 gr. 3
Teinture d'opium	15 gr.
Acide cyanhydrique	7 gr. 5
Glycérine	15 gr.
Eau distillée	120 gr.

M.

D'autre part, M. Scanlan indique comme un excellent remède contre le même mal, les applications d'une pommade ayant pour formule :

Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 6
Lanoline	38 gr.

M. pour f. s. a. un onguent. Enduire la région vulvaire avec une petite quantité de cette pommade.



22. — Formule contre le tænia infantile. (Descroizilles.)

Huile éthérée de fougère mâle	6 grammes.
Calomel	0 gramme 50
Sucre en poudre	15 —
Eau distillée	15 —
Gélatine	quantité suffis.

Avant de faire prendre cette préparation à l'enfant, on le nourrit pendant deux jours, suivant une habitude dont on ne doit pas s'écarter, avec des aliments liquides, du lait, des potages peu épais.

⁂

23. — Lavement contre les convulsions. (YVON).

Musc	0 gr. 20
Camphre	1 gr.
Hydrate de chloral	0 g. 50 à 1 g. 50
Jaune d'œuf	nº 1
Eau	100 gr.

M. S. A.

***

24. — Traitement de l'asthme infantile. (CRODIGNEAU.)

Sirop de groseille	60 gr.
Lobéline	0 gr. 02

Prendre une cuillère à thé toutes les deux heures.

Trois jours après :

Sirop de groseille	60 gr.
Lobéline	0 gr. 03

Prendre une cuillère à thé toutes les deux heures.

Trois jours après :

Sirop de groseille	60 gr.
Lobéline	0 gr. 04

Prendre une cuillère à thé toutes les deux heures.

Trois jours après :

Sirop de groseille	60 gr.
Lobéline	0 gr. 05

Prendre une cuillère à thé toutes les deux heures.

Ces doses ont suffi pour amener la guérison. Peut-être dans certains cas pouraient-elles être dépassées.

***

25. — Traitement de la diphtérie. (LEBLOND ET BEAUDIER.) — Traitement surtout local, consistant en badigeonnage du pharynx avec la solution :

Résorcine	3 grammes
Glycérine	30 —

Ces badigeonnages doivent être répétés toutes les heures au moins

jour et nuit. Il ne faut pas craindre de réveiller l'enfant et d'employer toute l'énergie nécessaire pour que le pinceau balaie bien toutes les surfaces.

On fait aussi pulvériser dans la chambre, au moyen d'un pulvérisateur de Lister, d'une façon presque continue, la solution suivante :

Résorcine	50 grammes
Eau distillée	1 litre

***

26. — Purgatif pour les enfants.

Glycérine	4 grammes.
Huile de cinnamome	VI gouttes.

Triturer et ajouter :

Huile de ricin	30 grammes.

A donner par cuillerées à café. (Dr Smith, *Columbus med. Journal.*)

***

27. — Formules diverses contre la coqueluche.

1.) Chlorhydrate de cocaïne	1 gr.
Eau distillée	20 gr.

Pour badigeonner quatre fois par jour le pharynx et les amygdales.

2.) Poudre de Benjoin	ââ 5 gr.
Salicylate de bismuth	
Sulfate de quinine	1 gr.

Pour insuffler dans chaque narine 3 à 5 fois par jour.

3.) Poudre de racine de belladone	0 gr. 01
Poudre de Dower	0 gr. 025
Fleur de soufre	0 gr. 20
Sucre blanc	0 gr. 50

pour un paquet.

Donner de deux à dix de ces paquets dans les 24 heures.

4.) Sirop de belladone	50 gr.
Sirop de tolu	150 gr.

4 à 8 cuillerées à café par jour.

5.) Hydrate de chloral.................... 1 à 2 gr.
Sirop de pavots blancs................. 20 gr.
Eau distillée.......................... 30 gr.

3 cuillerées à café par jour.

6.) Teinture de drosera.................... 5 gr.

Prendre toutes les heures de 1 à 6 gouttes.

7.) Chloroforme.......................... 30 gr.
Ether pur............................ 60 gr.
Essence rectifiée de térébenthine......... 10 gr.

Verser un cuillerée à café de ce mélange sur un mouchoir et le tenir devant la bouche du petit malade jusqu'à la fin de la quinte.

Le bromoforme est un liquide clair transparent, dont la saveur n'est pas désagréable. La dose pour les enfants est de 4 à 20 gouttes dans 100 et 120 grammes de liquide (1-2 cuillerées à soupe par heure).

8.) Bromoforme.......................... X gouttes.
Alcool................................ 3-5 grammes.
Eau distillée.......................... 100 —

On peut y ajouter :

Sirop simple............................ 10 —

Cette solution sent fortement le bromoforme, sa saveur est agréable : les enfants la prennent avec plaisir.

(*Bull. méd.*).

***

28. — Solution contre la vulvite ulcéreuse. (P. Ménière)

Naphthol B........................ 1 gramme.
Teinture de bois de Panama........... 10 —
Extrait de jusquiame................ 4 —
Eau distillée....................... 76 —

F. s. a. une émulsion. — Tous les jours, on en vaporise environ 20 grammes chaque fois, et à chaud, dans le cas de vulvite ulcéreuse des diabétiques. On maintient le jet du liquide pulvérisé à 15 centimètres de la vulve, et on le dirige avec soin sur les parties malades, en écartant les petites lèvres. On obtient ainsi la guérison en huit ou dix jours, tandis que la maladie, abandonnée à elle-même, ne s'a-

mende qu'au fur et à mesure que la quantité de glucose diminue dans les urines. — Traitement interne et classique par les alcalins, régime alimentaire des diabétiques.

***

29. — Antisepsie des voies urinaires chez la femme. (A. F. PHILIPPEAU.) — Pour assurer l'antisepsie des voies urinaires ou rendre l'urine aseptique dans les cystites et blennorrhagies, on emploie les préparations suivantes :

POTION.

Biborate de soude	6 à 10 gram.
Sirop de framboise	30 —
Eau distillée de laitue	*ãã* 75 —
Eau distillée de tilleul	

F. s. a :

Une cuiller à bouche toutes les deux heures.

Ou :

Acide benzoïque	2 à 4 gram.
Glycérine pure	10 —
Sirop d'œillet	25 —
Julep gommeux	120 —

F. s. a.

Par cuillerées à bouche, toutes les deux heures.

Ou encore :

Biborate de soude	*ãã* 4 à 6 gr.
Benzoate de soude	
Sirop de tolu	*ãã* 50
Eau distillée de menthe	
Eau distillée de tilleul	

F. s. a.

Par cuillerées à bouche, toutes les deux heures.

On peut employer la créoline, en capsules, à la dose de cinq à dix par jour, d'après la formule suivante :

Créoline	1 centigr.
Huile de faine	1 gram.

A enrober dans une capsule gélatineuse.

Ou les pilules suivantes administrées à la dose de cinq à **dix par** jour.

Créoline..............................	1 gram.
Extrait de réglisse....................	*ââ q. s.*
Poudre de réglisse....................	

F. s. a., en cinquante pilules.

On prescrit encore la potion suivante :

Acide salicylique....................	15 décigr.
Borade de soude......................	2 gram.
Sirop de fleur d'oranger.............	30 —
Eau distillée de tilleul...............	120 —

F. s. a.

A prendre dans les vingt-quatre heures.

Ou :

Acide salicylique......................	2 gram.
Alcool à 90°..........................	8 —
Eau distillée..........................	200 —

F. s. a.

Par cuillerées à bouche.

***

30. — **Traitement de la diphtérie.** (M. Gaucher.) — Dans la séance du 9 août 1889 de la Société médicale des Hôpitaux, M. *Gaucher* parle du traitement de la diphtérie. Depuis sa première communication en décembre 1887, sur le même sujet, il est de plus en plus convaincu que la diphtérie est une affection primitivement locale qui, par un développement secondaire, devient générale après avoir infecté tout l'organisme. Le traitement doit donc être primitivement local et c'est dans ce but que M. Gaucher a imaginé la méthode par les cautérisations phéno-camphrées. Voici la nouvelle formule qu'il préconise.

Camphre..............................	20 gr.
Huile de ricin........................	15 —
Alcool à 90°..........................	10 —
Acide phénique cristallisé.............	5 —
Acide tartrique.......................	1 —

Dans cette nouvelle formule, l'huile de ricin a remplacé l'huile d'olives, parce qu'en présence des autres liquides, elles ne se précipite pas sous forme de petits grumaux. La solution est bien homogène. L'ablation des fausses membranes doit être répétée toutes les trois heures; on se sert d'un pinceau en molleton qui s'imbibe facilement du liquide phéno-camphré, et avec lequel on s'efforce d'enlever les fausses membranes. Il faut agir avec une certaine vigueur; toutefois on prendra soin de ne pas déchirer la muqueuse. L'énergie n'exclut pas la douceur.

Comme complément de sa méthode, M. Gaucher prescrit des irrigations phéniquées de la gorge toutes les deux heures et des gargarismes phéniqués au 1/100.

Sa statistique personnelle de 42 cas de diphtérie, ne lui a donné que 3 décès, survenus pour des cas où la maladie était arrivée à sa dernière période. Divers médecins, et M. Cadet de Gassicourt est du nombre, ont expérimenté cette méthode avec beaucoup de succès.



31. — Du traitement chirurgical de la constipation par la dilatation anale, par M. le Dr Clément Claveland. — L'auteur donne les résultats, heureux d'ailleurs, de dix cas de constipation dans lesquels on fit usage de la dilatation forcée. Les plus heureux étaient ceux où la constipation avait pour cause le mauvais régime, la vie sédentaire et l'abus de purgatifs.

M. Claveland, admet que l'accumulation habituelle des matières fécales exerce une compression et abolit en partie la contractilité des fibres musculaires du sphincter interne. La dilatation forcée a pour effet de diminuer cette inertie et la résistance du muscle, mais non pas de la détruire; dans ce cas, il y aurait incontinence des matières fécales.

Un régime hygiénique, les exercices gymnastiques, la balnéation et l'habitude de se présenter à la garde-robe à des heures régulières, sont nécessaires pour confirmer la guérison et prévenir les récidives d'ailleurs assez fréquentes. (*The N. Y. Med. Record*, 9 mars 1889.)



32. — Traitement de la variole. — Ayant eu à traiter une épi-

démie de variole, M. Davezac se loue de l'emploi d'une pommade ainsi formulée, dans le *Journal de médecine de Bordeaux* :

Vaseline		30 grammes.
Goudron végétal	àâ 1	—
Acide borique		

pour favoriser et hâter la desquamation. Grâce à ce topique et à l'usage alternatif de bains sulfureux, alcalins et amidonnés, les croûtes tombent plus rapidement, les nuances de contagion sont plus tôt annulées, et l'odeur si désagréable des convalescents de variole est plus vite disparue.

***

33. — Remèdes contre la coqueluche.

1. R. Chlorhydrate de cocaïne 1.00
Eau distillée 20.00

F. une solution pour badigeonner quatre fois par jour le pharynx et les amygdales.

Dr VEILLARD.

2. Sirop simple .... 120 gr.
Résorcine 4

Une cuillerée à soupe 3 fois par jour.

3. R. Poudre de benjoin .... } àâ 5.00
Salicylate de bismuth .... }
Sulfate de quinine 1.00

M. F. une poudre pour insuffler dans chaque narine 3 à 5 fois par jour.

Dr MOIZARD.

4. R. Poudre de racine de belladone 0.01
Poudre de Dower 0.025
Fleur de soufre 0.20
Sucre blanc 0.50

pour un paquet.

Donner de deux à dix de ces paquets dans les 24 heures.

Dr SÉE.

5.	R. Sirop de belladone................	50.00
	Sirop de térébenthine............	150.00

M. par cuillerées.

Dr Bouchut.

6.	R. Hydrate de chloral.................	1 à 2.00
	Sirop de codéine..................	20.00
	Eau distillée......................	30.00

s. 3 cuillerées à café par jour.

Dr Bouchut.

7.	R. Teinture de drosera...............	5.00

Prendre toutes les heures de 1 à 6 gouttes.

Dr Vigier.

8.	R. Chloroforme.....................	30.00
	ther pur........................	60.00
	Essence rectifiée de térébenthine....	10.00

M. Verser une cuillerée à thé de ce mélange sur un mouchoir et le tenir devant la bouche du patient jusqu'à la fin de la quinte.

Dr Wilde.

9.	Sirop codéine.....................	150 grammes.
	Antipyrine.......................	5 —

Une cuillerée à soupe matin et soir.

Dr Bouchut.

***

34. — L'Extrait fluide de Cimifuga racemosa dans l'accouchement. — Le Cimifuga racemosa, plante de la famille des renonculacées, croît particulièrement dans l'Amérique du Nord.

Son rhizome est officinal aux Etats-Unis, où il jouit d'une grande réputation comme tonique du système nerveux, emménagogue, etc.

Le Dr Snydan Kurse a fait à la Société obstétricale de Chicago, une communication intéressante sur l'influence qu'exercerait l'extrait fluide de rhizome sur l'accouchement. Il le donne à la dose de cinq gouttes dans du sirop de salsepareille, à prendre chaque soir pendant le mois qui précède l'accouchement. D'après l'auteur, la durée de la première et de la seconde période serait ainsi diminuée de moitié au moins.

Il calme l'irritabilité réflexe, les nausées, le prurit, l'insomnie de

la fin de la grossesse. Diminue ou même supprime les crampes et les douleurs irrégulières du début de l'accouchement ; facilite le travail et diminue les chances de lacération en relâchant les fibres musculaires de l'utérus et du vagin. Enfin l'énergie et le rythme des douleurs de la seconde période seraient augmentées, et, à l'instar du seigle ergoté, il assurerait la contraction utérine après la délivrance.

(*Gaz. de Gyn.*)



35. — **Le sulfate d'ésérine dans la chorée.** — Reiss recommande le sulfate d'ésérine en injections sous-cutanées pour le traitement de la chorée. Dosage 0 gr. 001, deux fois par jour. Il affirme avoir obtenu dans beaucoup de cas la guérison après cinq à six jours de traitement, quoique dans la chorée grave des adultes les succès ne soient pas si brillants. Il a obtenu aussi des résultats satisfaisants en employant ce médicament dans le tétanos, la paralysie agitante, la sclérose spinale et dans un cas d'hystérie chez l'homme, accompagnée d'excitation extrême et d'exagération remarquable des mouvements réflexes. (*Pharm. Journ. and Transact.*, 2 mars 1889, p. 704, et *Rev. de Thérap. med. clin.*)



36. — **Traitement des règles trop abondantes.** (Rheinstadter.)

Ergotine dialysée	10 gr.
Eau distillée	70 —
Glycérine	20 —
Acide salicylique	0 gr. 2

M. S. A. — Une cuillerée à café diluée dans trois cuillerées à bouche d'eau à injecter dans le rectum une fois par jour, après selle préalable.



37. — **Massage abdominal**, par Weissenberg (*Centralblatt für Gynaek.*, n° 22, 1er juin 1889). — Pour bien exécuter le massage d'après la méthode de Thure Brandt, il faut avant tout posséder des doigts longs et puissants, ce qui n'est pas donné à tout le monde. Pour obvier à l'inconvénient des doigts courts et faibles, l'auteur a

imaginé de se servir en guise de doigt, d'un simple obturateur de spéculum, en bois, de dimensions moyennes. Cet instrument pratique que l'auteur recommande, même à ceux qui ont les doigts longs, présente plusieurs avantages ; il ne remplace pas seulement avantageusement le doigt fatigué, mais il peut agir avec beaucoup plus de force et de précision, notamment dans les cas de rétractions cicatricielles péri et paramétritiques, où il s'agit de comprimer les tissus malades entre le doigt introduit dans le vagin et la main qui masse à l'extérieur sur les parois abdominales.

Aucun effet nuisible n'est à craindre de cette manœuvre, si l'on a soin toutefois de n'employer aucune violence inutile et si le diagnostic n'a été établi au préalable d'une façon bien précise.

Weissenberg recommande aussi son instrument lorsque l'on veut produire l'amincissement et l'élongation d'anciennes adhérences qui sont le grand obstacle à la réduction dans les cas de rétroflexion utérine.

***

38. — Injections chaudes après l'accouchement, par le Dr Deipser (*Centralblatt für Gynaek.*, n° 22, 1 juin 1889). — Après chaque accouchement, peu de temps après l'expulsion de l'arrière-faix, on fera une irrigation vaginale de 1 litre d'eau chaude à 40° R. Cette petite manœuvre préviendra ou enrayera toute infection commençante. Ces irrigations doivent être continuées pendant six jours durant, une irrigation par jour. Elles ont l'avantage, tout en étant suffisamment désinfectantes d'agir à la manière du seigle ergoté en sollicitant les contractions de la matrice. Les tranchées utérines seront combattues par une ou deux doses de 25 centigrammes d'antipyrine. Les injections d'eau chaude sont absolument inoffensives et à la portée de tous ; entre les mains des sages-femmes même, elles ne peuvent occasionner aucun dommage.

L'auteur a employé souvent sa méthode et toujours avec le même succès. On fera bien d'enduire d'un peu de vaseline les parties génitales externes et on interrompra souvent le courant pour éviter toute sensation désagréable.

Dr S. Frédericq.

***

39. — Pâte contre l'acnée. (Isaac.)

Résorcine............... 2 gr. 50 à 5 grammes.

Oxyde de zinc................	} àâ	5 grammes.
Amidon......................	}	
Vaseline.....................		12 gr. 50 centigr.

F. s. a. — On laisse cette pâte en contact avec la peau pendant une journée et, le lendemain, on l'enlève avec du coton ou bien avec de l'huile. On en observe les bons effets dans l'espace de 3 à 5 jours. — N. G.

***

40. — Traitement de l'antérite muco-membraneuse. (D. G. Lyon.) — Les indications du traitement de cette affection qu'on rencontre fréquemment chez les malades atteintes d'une lésion utéro-ovarienne, sont, en résumé, d'après l'auteur, les suivantes : il faut évacuer les matières fécales accumulées et éliminer les exsudats qùi irritent la muqueuse intestinale. Les purgatifs drastiques sont plus nuisibles qu'utiles, les purgatifs salins sont également mal supportés ; tous les médecins s'accordent à prescrire les purgatifs huileux, ou les laxatifs, comme le soufre, la manne, la magnésie. M. Sée emploie le soufre, la crème de tartre, la magnésie mélangée à parties égales, et donne, à chaque repas, une ou deux cuillerées à dessert de cette poudre ; on peut encore recourir aux graines inertes, comme la graine de lin, de psylium, etc.

Le mercure employé comme laxatif donne également de bons résultats, soit sous forme de pilules bleues, soit sous forme de calomel (Blondeau) ; on pourrait encore faire usage de la podophylle associée à la belladone. L'emploi de l'électricité a été préconisé dans ces derniers temps. Contre la douleur, il convient d'employer les dérivatifs cutanés (vésicatoires, badigeonnages iodés) et surtout la belladone, de préférence à l'opium qui a l'inconvénient d'entretenir la constipation. Les grands bains chauds amèneront la sédation des troubles nerveux.

Une autre indication nous est donnée par la présence, dans les exsudats, d'innombrables bactéries ; on pourra chercher à modifier leur terrain de culture en prescrivant soit le naphtol, soit la naphtaline ; en tous cas, des irrigations rectales chaudes avec de l'eau saturée d'acide borique, par exemple, seront fréquemment prescrites.

Le traitement général comporte l'emploi du massage et de l'hydrothérapie ; les malades devront se livrer à un exercice modéré.

Quant au régime alimentaire, il consistera en viande crue, délayée

dans du bouillon, viande rôtie de bœuf, gibier, poisson cuit à l'eau, légumes secs en purées. Le lait est souvent mal supporté ; les œufs ne se digèrent pas toujours facilement ; les acides, les crudités, les fruits acides sont contraires.

Comme boisson, M. G. Sée recommande le vin de Bordeaux coupé avec une eau carbonatée calcaire (eau de Pougues), de préférence aux carbonatés sodiques, ou du thé ; à la fin des repas, du vin pur d'Espagne ou une liqueur non sucrée.

Enfin, la cure sera complétée par l'envoi des malades à certaines eaux minérales telles que Luchon, Plombières, Vichy, Carlsbad ; les malades nerveux et affaiblis se trouveront bien d'un séjour à Néris.

(*Rev. de thér.*).

FORMULAIRE

—

Du traitement des accidents de l'aménorrhée par les saignées répétées du col de l'utérus. (Jules Chéron).

Que l'aménorrhée se produise brusquement, à la suite, par exemple, d'une vive émotion, d'un refroidissement pendant les règles, d'une chute, etc., ou qu'elle s'établisse lentement et progressivement par suite d'une modification graduelle de la constitution, il est rare que la suppression de l'écoulement cataménial n'entraîne pas, comme conséquence, des troubles plus ou moins graves de la santé générale. Sans parler des règles supplémentaires qui peuvent s'établir du côté de l'estomac, des poumons, de l'intestin, des fosses nasales, etc., il est fréquent d'observer, chez ces aménorrhéiques, des céphalées pénibles avec congestion de la face, des bouffées de chaleur au visage, des oppressions, des palpitations, des dyspepsies en rapport avec la congestion compensatrice de la muqueuse gastrique, des congestions pharyngées, etc., etc.

Je me suis bien trouvé, en pareil cas, de remplacer l'hémorrhagie cataméniale par des saignées répétées du col de l'utérus. Cette déplétion artificielle remplace la menstruation et finit par représenter une perte de sang analogue à celle des règles, si bien que les troubles

congestifs des organes éloignés ne tardent pas à disparaître. Bien plus, lorsque la malade est jeune et lorsque sa constitution n'est pas trop profondément altérée, on voit peu à peu l'habitude hémorrhagique se reproduire spontanément et la menstruation se rétablir avec régularité.

J'ai eu l'occasion de traiter également un certain nombre de malades chez lesquelles la ménopause s'était faite très rapidement, d'une façon précoce, et qui conservaient les troubles vaso-moteurs que j'énumérais plus haut, malgré l'emploi prolongé des médicaments vasculaires et des révulsions sur le tube intestinal. Dans cette dernière catégorie de faits aussi bien que dans la précédente, les saignées du col m'ont donné les meilleurs résultats et surtout des résultats plus rapides que tout autre moyen.

L'indication est, en effet, la suivante : il faut suppléer à l'action de la nature qui a supprimé une fonction trop rapidement, sans que l'organisme y fût préparé.

Dans les cas de faible gravité, cette indication est remplie par les scarifications répétées du col de l'utérus. On espace ces scarifications de façon à obtenir, dans le mois, une perte de sang équivalente à l'hémorrhagie cataméniale. Comme cette dernière est évaluée, en moyenne, à 120 à 240 grammes de sang, on comprend que le même résultat puisse être obtenu avec une dizaine de scarifications donnant de 15 à 20 grammes de sang chacune.

Ce n'est que dans les cas graves qu'il y a intérêt à faire une déplétion brusque et rapide en une seule fois ; il convient alors de recourir à l'application de sangsues sur le col de l'utérus, et le résultat est des plus rapides.

Après chaque scarification ou chaque application de sangsues, je conseille de faire un lavage soigneux du col utérin avec une solution antiseptique telle que la suivante :

Résorcine......................	3 grammes.
Eau distillée...................	125 —

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

DES VARICES DE LA VULVE AU POINT DE VUE OBSTÉTRICAL.

Nous avons souvent abordé, dans ce journal, la question des indications du curettage de l'utérus dans les phlegmasies péri-utérines : salpingites, pelvi-péritonites, adénites et cellulites pelviennes. Cette question est actuellement l'objet d'une discussion intéressante devant la Société de chirurgie ; lorsque la discussion dont nous parlons sera close, il sera sans doute utile de résumer les opinions des divers orateurs et de présenter quelques observations sur ce sujet. Pour aujourd'hui, en l'absence de travaux de gynécologie proprement dite, nous résumerons et nous discuterons la thèse récente de M. Moussaud (1) sur les varices de la vulve envisagées au point de vue obstétrical. Les varices de la vulve sont fréquentes, pendant la grossesse ; les hémorrhagies consécutives à leur rupture peuvent être d'une gravité exceptionnelle, aussi est-il bon d'attirer l'attention de nos lecteurs sur les moyens propres à les reconnaître et à les combattre.

Les varices de la vulve sont, en général, disséminées dans toute la région ; elles débutent dans le pli qui sépare la grande lèvre de la petite lèvre ; elles s'étendent aux lèvres, au clitoris et res-

(1) Des varices de la vulve et des hémorrhagies consécutives à leur rupture. Th. de Paris, déc. 1889.

pectent ordinairement la fourchette. Elles coïncident presque toujours avec des varices des membres inférieurs ; cependant, il est bon de savoir qu'elles peuvent exister isolément, sans qu'on trouve de varices sur le reste du corps.

Leur volume est très variable, suivant les cas ; elles sont violacées à la face interne des grandes lèvres, de coloration normale ou un peu bleuâtre sur la peau, et d'un bleu assez foncé au niveau du clitoris.

Les troubles qu'elles occasionnent sont souvent minimes et consistent en sensations de poids, de tiraillement et de chaleur aux organes génitaux externes. Elles sont parfois, surtout quand la région clitoridienne est atteinte, le siège de démangeaisons très pénibles.

Le diagnostic est, en général, facile. L'œdème n'a pas la même coloration, ni la même consistance. Le thrombus se forme brusquement ; il est irréductible ; les changements de position et les efforts ne modifient pas son volume ; au devant de lui, les téguments sont lisses, tendus et sans inégalités. Il n'y a qu'à signaler enfin la possibilité de voir les varices de la partie inférieure du vagin se pédiculiser et venir faire saillie à travers l'orifice vulvaire.

Le pronostic, peu grave dans les cas ordinaires, dépend surtout des complications qui peuvent survenir : le thrombus et la rupture sont les plus importantes de ces complications. M. Moussaud a exclusivement traité la question des ruptures des varices vulvaires, ruptures qui ont lieu soit pendant la grossesse, en général pendant les trois derniers mois, soit pendant le travail, soit enfin après l'accouchement.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans sa discussion de l'étiologie et dans sa description de l'hémorrhagie qui succède aux ruptures des varices de la vulve ; contentons-nous de rappeler que, trop souvent, l'hémorrhagie se fait avec une telle abondance que, si l'on ne sait pas intervenir sans retard d'une façon rationnelle, la mort en est la conséquence. C'est donc la question du traitement qui est la plus importante et qui mérite surtout d'être complètement résumée.

1° Pendant la grossesse. — Il faut prévenir la rupture des varices en évitant les fatigues, les cris, les efforts, en faisant une légère compression de la région atteinte avec le bandage en T, calmer les démangeaisons qui sont dangereuses par les grattages qu'elles provoquent, au moyen de la cocaïne, des bains d'amidon, etc. L'administration des médicaments veineux, tels que le capsicum annuum et l'hydrastis canadensis, pourrait sans doute rendre des services ici, comme pour les varices rectales et les varices des membres inférieurs ; nous nous contentons de signaler cette lacune dans le travail de M. Moussaud.

Si l'hémorrhagie se produit, une fois sa cause reconnue, il faut se hâter de l'arrêter. Une serre-fine suffira, dans le cas de petite fissure ; on appliquera une pince à forcipressure si l'ouverture est plus considérable. Si le siège précis de la rupture ne peut pas être déterminé, on fera de la compression de la région avec de l'agaric antiseptisé, de l'ouate phéniquée et un bandage en T. Peter Yung conseille de faire de la compression digitale si l'on est appelé tard, alors que l'on n'a pas le temps d'appliquer un tampon et qu'on n'a pas de pince sous la main.

En cas de syncope, on emploiera les moyens qui sont d'usage dans toutes les grandes hémorrhagies. Avec notre savant maître, M. le Dr Chéron, nous recommandons les transfusions hypodermiques de sérum artificiel aux sels de soude ou, au besoin, d'une simple solution de chlorure de sodium, moyen efficace et beaucoup plus facile à mettre en œuvre que la transfusion sanguine. Il y a quelque temps, M. Pégraldino (de Gand) a pu sauver, par ces transfusions hypodermiques, une femme récemment accouchée dont les pertes de sang avaient été tellement abondantes que le pouls radial était devenu imperceptible. Il avait employé une solution de chlorure de sodium à 6 pour 1000.

2° Pendant l'accouchement. — Pour éviter la rupture, vider la vessie et le rectum, élever le bassin, veiller à ce que la tête de l'enfant ne sorte pas trop vite, soutenir les varices avec les doigts jusqu'à ce que la tête vienne faire tampon, au besoin appliquer le forceps avec un soin tout particulier, administrer le chloroforme pour empêcher les parturientes de pousser et de crier, tels son

les moyens qui ont été recommandés par les auteurs. Si la rupture a lieu, terminer le plus tôt possible l'accouchement et faire l'hémostase avant de lier le cordon.

3° Enfin, après l'accouchement : serre-fine, pince à forcipressure, tamponnement vulvaire, sont les méthodes les plus sûres et qui n'offrent, du reste, aucune difficulté spéciale.

Tel est le traitement des hémorrhagies dues aux ruptures des varices vulvaires ; en terminant, nous insisterons encore sur l'usage préventif du capsicum et l'hamamelis qui devront être donnés dès que les varices seront reconnues, sur la nécessité d'arrêter l'hémorrhagie aussitôt qu'elle se produit, enfin sur les services que peuvent rendre les transfusions hypodermiques dans les cas menaçants pour la vie.

Jules Batuaud.

CELLULITE PELVIENNE OU PELVI-CELLULITE

Paramétrite — Phlegmon ou Adéno-phlegmon pelvien

Par M. le Dr Jules Chéron, médecin de Saint-Lazare.

(*Suite*)

1° *Adéno-phlegmon du ligament large.*

« M. Siredey, dit M. Arnoud (1), a relaté l'autopsie d'une malade qui, à la suite d'une cautérisation du col, présentait un ganglion très volumineux et enflammé. »

Dans un cas de M. Dreyfous (2), l'on constata, à l'autopsie, « que l'abcès occupait le tissu cellulaire pelvien sur le côté de l'utérus et du vagin. A la base du ligament large gauche sur le côté de l'utérus, on peut saisir entre les doigts une partie indurée obliquement dirigée en avant et en dehors contre le pubis, sur une ligne allant du côté gauche de l'utérus au canal sous-pubien on trouva un ganglion légèrement tuméfié à l'intérieur d'une tumeur grosse comme une noisette. »

(1) Arnoud, *thèse de Paris*, 1884.
(2) Dreyfous, *Bull. de la Soc. anat.*, avril 1877.

2° *Adéno-phlegmon juxta-pubien.*

« A l'autopsie, dit M. A. Guérin (1), on trouva au-dessus du péritoine qui recouvre la fosse obturatrice, derrière le pubis, une masse épaisse, indurée, qui contenait un corps rougeâtre gros comme un haricot, qui fut considéré comme un ganglion enflammé consécutivement à une déchirure du col. »

Après avoir établi, par les faits qui précèdent, l'existence de la lymphangite, de la lymphadénite et de l'adéno-phlegmon pelvien, nous avons à décrire d'une façon spéciale les lésions du tissu cellulaire qui, pour nous, sont toujours secondaires à une lymphadénite, ainsi que nous l'avons déjà dit.

La *cellulite pelvienne* ou *phlegmon pelvien* a pu être constatée, par des autopsies, aux différentes phases de son développement et on lui décrit, au point de vue anatomo-pathologique, trois périodes bien distinctes : 1° période d'œdème ; 2° période de suppuration ; 3° période d'induration.

1° Dans la première période ou *période d'œdème*, il existe dans le tissu cellulaire pelvien un exsudat séro-fibrineux qui infiltre le tissu conjonctif lâche situé entre les feuillets péritonéaux du ligament large, celui qui existe entre la vessie et l'utérus, et cette infiltration peut même s'étendre au tissu conjonctif périvaginal. Cet exsudat gélatineux est pauvre en leucocytes, ce qui distingue cette période de la période de suppuration.

L'exsudat paramétrique peut occuper à la fois les deux ligaments larges qui sont alors réunis par l'exsudat intervésico-utérin ou prolongement digitiforme antérieur de Gallard. L'existence d'un prolongement analogue entre l'utérus et le rectum (prolongement digitiforme postérieur de Gallard) est discutable, les anatomistes déclarant qu'il n'existe pas de tissu cellulaire lâche entre la face postérieure de la matrice et son enveloppe séreuse. Martin (de Berlin) (2) admet cependant encore la possibilité du décollement du péritoine, en arrière de l'utérus, par l'exsudat paramétrique qui viendrait ainsi, par-dessous le cul-

(1) A. Guérin, *France médicale*, janv. 1876.

(2) Martin (de Berlin), *loc. cit.*, p. 487.

de-sac de Douglas et par-dessus la voûte vaginale, se confondre avec l'exsudat créé du côté opposé.

Après s'être ainsi étendu aux divers plans cellulaires du bassin, ou en même temps, l'œdème gélatineux peut gagner le tissu cellulaire situé immédiatement sous la paroi abdominale, s'étendre à la fosse iliaque, envahir la gaine du psoas, atteindre l'atmosphère celluleuse du rein, etc., etc., en un mot, suivre les différents modes de propagation dont nous avons parlé à propos de la pathogénie, en rapportant les expériences de Kœnig (1).

2° Dans la *période de suppuration*, qui ne se montre d'emblée que dans les cas très graves, l'œdème se transforme en abcès, c'est-à-dire que la diapédèse des globules blancs et la prolifération des cellules embryonnaires se fait avec une rapidité considérable, et bientôt, cellules et fibrilles conjonctives, réseaux capillaires et terminaisons nerveuses se mortifient, se désagrègent et constituent le liquide purulent avec ses caractères habituels : le pus est collecté, le phlegmon est devenu un abcès.

Comme tous les abcès, l'abcès pelvien doit s'ouvrir à l'extérieur ; nous verrons, à propos de la la symptomatologie, quels sont les points d'élection par lesquels se fait l'évacuation du pus, suivant que tel ou tel plan cellulaire aura été envahi.

3° La *période d'induration* n'a été que très exceptionnellement rencontrée dans les autopsies, c'est pourquoi nous sommes obligés de nous contenter du cas observé par Ch. West (2), chez une jeune femme qui mourut d'un abcès du foie, quatorze mois après avoir été guérie d'une inflammation des annexes gauches de l'utérus. « Les replis du ligament large, depuis la partie supérieure du vagin jusqu'au pédicule de l'ovaire, contenaient une masse de tissu cellulaire dense, presque cartilagineux, criant sous le scalpel, composé de faisceaux blanchâtres s'entre-croisant dans toutes les directions et contenant dans ses mailles de la graisse solide et jaune. Cette masse adhérait étroitement à tout le côté gauche de l'utérus dont le tissu n'était nullement lésé. Le

(1) Kœnig, *loc. cit.*

(2) West, *Leçons sur les maladies des femmes*, trad. franc. Paris, 1870, p. 487.

tube de Fallope gauche était uni en deux ou trois points par de longues adhésions à l'ovaire et à son ligament ; l'aileron de ce côté était épaissi et inégal, comme s'il y avait eu d'anciens dépôts de lymphe plastique. Les tubes de Fallope étaient perméables et les ovaires presque sains contenaient plusieurs vésicules de Graaf. »

Si l'on rapproche cette description de celle que nous donnent les auteurs allemands de la *paramétrite chronique atrophique de Freund* (1), on est tenté de dire que celle-ci n'est pas autre chose que notre phlegmon pelvien à la période d'induration. Nous savions depuis longtemps en effet que la cellulite puerpérale a les plus grandes tendances à se terminer par suppuration et que ce sont surtout les cellulites non puerpérales qui donnent lieu à la terminaison par induration. Nous savons aussi que certains phlegmons pelviens se terminent mi-partie par induration, mi-partie par suppuration, en sorte qu'on peut observer toutes les variétés intermédiaires entre les cellulites prenant aussi d'emblée la forme chronique et donnant lieu, au bout de peu de temps, à la formation de ce tissu cicatriciel qui a été constaté dans l'autopsie de M. West.

Or, la paramétrite chronique atrophique de M. Freund aurait pour caractères principaux : 1° sa chronicité ; 2° son origine non puerpérale ; 3° la formation de tissu cicatriciel tout autour de la partie latérale du col, d'où l'étranglement des vaisseaux utérins, la permanence des troubles circulatoires de l'utérus et finalement une atrophie lente, mais progressive de la matrice.

Il n'y a donc pas lieu, à notre avis, de considérer la forme décrite par Freund comme une affection nouvelle et la seule donnée importante que nous ayons à retenir de ses recherches, c'est l'atrophie progressive de l'utérus qu'il a mieux mise en relief que ne l'avaient fait ses devanciers. D'après Martin, de Berlin (2), l'atrophie utérine serait unilatérale dans les cas, assez rares, où le tissu cellulaire pelvien ne s'indure que d'un seul côté.

(1) *Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn.*, fasc. 1. 1875.

(2) *Loc. cit.*, p. 490.

d) *Symptomatologie de la paramétrite.*

D'après la pathogénie que nous avons établie, toute paramétrite a pour point de départ une lymphadénite.

La lymphadénite pelvienne peut parcourir toutes les phases de son évolution sans s'accompagner, à aucun moment, de cellulite pelvienne ; c'est donc par elle qu'il convient de commencer la description symptomatologique.

Toute cellulite pelvienne au contraire, dans l'ordre de faits que nous étudions (1), — a pour point de départ une lymphadénite, ou, autrement dit, est un adéno-phlegmon. Nous en décrirons deux types différents : l'adéno-phlegmon du ligament large et l'adéno-phlegmon juxta-pubien.

1° *Symptomatologie de la lymphadénite pelvienne.*

La lymphadénite pelvienne peut s'observer soit à l'état aigu, soit à l'état chronique. En recherchant avec soin les antécédents de la malade, on trouve presque toujours les symptômes d'une endométrite cervicale ou cervico-utérine, et notamment des pertes blanches muqueuses ou purulentes, existant depuis un temps plus ou moins long, des douleurs lombo-abdominales, des sensations de pesanteur dans le petit bassin, des troubles dyspeptiques et nerveux plus ou moins accentués. Dans un grand nombre de cas, la lymphadénite se révèle à l'occasion d'un refroidissement, d'une fatigue, d'un excès sexuel, ou bien elle suit de près un examen local très violent et surtout un examen fait sans précautions antiseptiques, une hystérométrie, une dilatation, un curettage incomplet. Enfin elle peut survenir quelque temps après un accouchement ou une fausse couche, surtout quand il y a eu rétention de quelque débris de membrane ou de quelque cotylédon placentaire.

La malade dans la forme aiguë, est prise de fièvre vive, précé-

(1) Voir, au commencement de ce chapitre, l'énumération des diverses variétés de cellulite pelvienne ; nous avons déjà dit que nous nous occupons uniquement, dans ce travail, des cellulites pelviennes d'origine utérine qui sont, de beaucoup, les plus fréquentes et les plus importantes.

dée quelquefois de frisson, mais non constamment, et accompagnée d'anorexie, de soif vive; elle se plaint de douleurs lombaires ou lombo-sacrées retentissant assez souvent du côté de l'anus et de douleurs hypogastriques plus ou moins violentes; la marche est impossible ou très pénible; les rapprochements du mariage sont douloureux; la défécation et la miction réveillent et exagèrent les douleurs spontanées. Dans quelques observations, on a pu noter des nausées, des hoquets, des vomissements pour ainsi dire continus; il ne s'agit là cependant que de symptômes exceptionnels et qui sont liés plutôt à un léger degré de pelvi-péritonite concomitante. La constipation est plus habituelle que la diarrhée. Le pouls est fréquent sans être diminué d'amplitude. Le facies est celui des malades atteintes depuis longtemps de métrite; il ne rappelle en rien le facies grippé de la péritonite.

L'utérus conserve, en général, sa mobilité physiologique, bien qu'on éveille un certain degré de sensibilité en le soulevant ou le déplaçant latéralement; il présente, chez la plupart des malades, un col déchiré, avec un orifice externe largement ouvert et permettant de sentir dans une étendue variable, la muqueuse du canal cervical hypertrophiée, douloureuse et recouverte de sécrétions muco-purulentes que le doigt ramène à l'extérieur. Cependant, ainsi que l'a noté Courty (1), la surface externe du museau de tanche peut être tout à fait normale, mais, malgré cela, l'endométrite ne fait pas défaut, ainsi que le démontre le cathétérisme, qui est souvent douloureux, et qui ramène à l'extérieur quelques gouttes de pus ou même un peu de sang.

Si l'examen est pratiqué tout à fait au début, on peut percevoir sur les côtés de l'utérus, ou en arrière de lui, soit un cordon douloureux, qui n'est autre chose qu'un lymphatique enflammé, soit un paquet de lymphatiques donnant la sensation d'un paquet de ficelle ou de vers enroulés.

Assez constamment on trouve, au-dessus du cul-de-sac latéral, sur les côtés et un peu en arrière de la matrice, une petite tumeur mobile et douloureuse à la pression, grosse, en général, comme

(1) *Loc. cit.*, p. 879.

un haricot. Il est assez rare que ce ganglion soit isolé ; il y en a quatre ou cinq, qui se suivent comme les grains d'un chapelet et se dirigent du col vers la marge du bassin, ou bien on en perçoit un bien plus grand nombre agglomérés dans le cul-de-sac postérieur. Ces ganglions, ordinairement très douloureux à la pression, moins cependant que les ovaires enflammés, peuvent varier de volume dans d'assez notables proportions. On les a trouvés tantôt de la grosseur d'un haricot, tantôt de celle d'une aveline, d'un petit œuf de pigeon, mais ils acquièrent quelquefois le volume d'un œuf de poule, ainsi que cela a été vu dans les laparotomies dont nous avons parlé. On ne peut donc plus dire d'une façon certaine que les ganglions pelviens enflammés sont toujours moins gros que ne le sont les ovaires même à l'état normal ; ils sont moins mobiles, moins douloureux aussi, du moins dans la majorité des cas, mais actuellement c'est surtout leur multiplicité, révélée par l'examen bi-manuel, alors que le toucher simple n'en décelait qu'un ou deux, c'est leur multiplicité, dis-je, qui permettra surtout de ne pas les confondre avec les ovaires, alors même que leur volume ne trancherait pas la question. Dans quelques cas récents, la coïncidence de l'apparition d'une adénite inguinale, en même temps que la tuméfaction péri-utérine, a beaucoup facilité le diagnostic de la nature de cette dernière. Si nous voyons, en effet, qu'un certain nombre d'observateurs ont très nettement perçu, au toucher, les ganglions pelviens, et n'ont pas hésité à les diagnostiquer, nous ne devons pas oublier non plus que tous les cas de laparotomie pour adénite pelvienne résumés plus haut avaient donné lieu à des erreurs de diagnostic. On n'avait senti, dans ces derniers cas, que des empâtements mal caractérisés, qui siégeaient tantôt sur les côtés, tantôt en arrière de l'utérus, et on avait cru avoir affaire à un phlegmon du ligament large ou à une salpingite purulente.

L'affection peut durer, sous la forme aiguë, pendant un temps variable de quelques jours à quelques semaines. Elle disparait peu à peu lorsque la lésion utérine est de nature à se réparer d'une façon complète en peu de temps, comme cela arrive pour les chancres simples, les chancres infectants ou pour les syphi-

lides secondaires du col, ainsi que Carreau (1) en a publié un exemple. Elle persiste au contraire lorsque, ce qui est le cas de beaucoup le plus fréquent, elle est symptomatique d'une lésion chronique du col ou du canal cervical, et alors, elle passe elle-même à l'état chronique, pour subir des recrudescences subaiguës soit à propos d'un coït infectant, d'une inoculation instrumentale, soit même à l'occasion d'un refroidissement, d'une fatigue, etc. On comprend que, dans ces conditions, la lymphadénite pelvienne n'ait aucune tendance à la résolution spontanée.

Pendant les périodes chroniques, ce qui domine, ce sont les symptômes locaux et généraux de l'endométrite initiale ; cependant, les auteurs ont noté un état de lassitude, de faiblesse, un amaigrissement progressif plus marqué que dans l'endométrite sans complication péri-utérine. Le coït resterait ordinairement douloureux, d'après Courty (2), tandis que d'après Martin (de Berlin) (3) la cohabitation ne provoque aucune souffrance, chez la majorité des malades, qui présentent même un appétit sexuel très accentué avec violents désirs de devenir enceintes. L'examen local donne les mêmes résultats que dans la forme aiguë et permet de constater les petites tumeurs caractéristiques par leur multiplicité, leur mobidité et leur sensibilité que nous avons déjà décrites.

2° Symptomatologie de l'adéno-phlegmon du ligament large.

Lorsque l'adéno-phlegmon du ligament large est d'origine puerpérale, il survient ordinairement du 2e au 20e jour des couches. Le début peut être alors insidieux : il y a un ou plusieurs frissons, de la fièvre, et la malade se plaint de douleurs abdominales localisées dans les fosses iliaques. A ce moment, l'examen ne révèle qu'une douleur assez vive à la pression au-dessus du ligament de Fallope, le plus souvent du côté gauche. C'est la période de lymphangite initiale qui ne s'accompagne pas encore

(1) *The Medical Record*, juillet 1881.
(2) *Loc. cit.*
(3) *Loc. cit.*, p. 493.

d'une tuméfaction appréciable du ligament large ; pour constater la lymphangite, il faudrait la rechercher avec soin, par l'examen bi-manuel, et cette recherche n'a été faite, à notre connaissance, que pour l'adéno-phlegmon juxta-pubien. Le raisonnement appuyé sur l'anatomie pathologique ne permet pas cependant de mettre en doute l'existence de cette lymphangite qui explique très bien les symptômes du début.

La douleur est vive dès le premier jour ; elle est lancinante et Bernutz (1) la compare judicieusement à celle du panaris ; les mouvements et la pression l'exaspèrent ; de son siège principal, qui est la fosse iliaque, elle envoie des irradiations vers l'hypogastre et quelquefois dans tout l'abdomen. Elle va en augmentant pendant les jours suivants pour s'atténuer au bout de la première semaine, alors que tombe la fièvre déterminée par la poussée aiguë de lymphangite péri-utérine.

Cette fièvre, plus ou moins marquée suivant les cas, s'accompagne d'exacerbations vespérales et de frissons erratiques ; la température ne garde les degrés élevés que pendant les premiers jours et ne s'y maintient pas comme dans la péritonite aiguë.

Il arrive souvent qu'à la fin de la première semaine, alors que l'examen est encore à peu près négatif, il y ait une sédation assez notable de la fièvre et de la douleur pour que les malades se lèvent et quittent l'hôpital, mais elles restent affaiblies, déprimées, incapables de reprendre leurs occupations habituelles ; l'appétit est languissant ; le sommeil est agité ; fréquemment il y a des petits frissons le soir et des sueurs nocturnes ; la marche ou la moindre fatigue réveillent les douleurs abdominales, si bien que le retour dans un service hospitalier ne tarde pas à s'imposer.

C'est alors que l'examen permet de constater l'adéno-phlegmon du ligament large.

Le ventre n'est nullement ballonné ; il est souple dans toute son étendue, à moins qu'il n'y ait déjà un certain degré de phlegmon sous-abdominal, ce qui n'a lieu ordinairement que vers le 14e ou le 15e jour, tandis que dès le 9e ou le 10e jour, la tuméfac-

(1) *Loc. cit.*

tion du ligament large peut être perçue d'une façon suffisamment nette.

Cette tuméfaction occupe la partie latérale gauche de l'utérus, dans la majorité des cas puerpéraux ; dans l'état de vacuité, elle serait plus fréquente à droite ou occuperait à la fois les deux ligaments larges d'après Martineau (1) et d'après Courty (2). L'utérus est plus ou moins élevé, mais non déplacé latéralement lorsque les deux ligaments larges sont atteints ; il est au contraire dévié du côté sain lorsque l'un d'eux est seul touché. Ce n'est qu'après la résolution partielle, lorsque le tissu cellulaire enflammé se sera transformé en tissu cicatriciel, que la matrice sera attirée du côté malade ; à la période dont nous parlons, et contrairement à l'opinion de Guéneau de Mussy, le cul-de-sac latéral du côté affecté est toujours agrandi, aussi bien dans le sens transversal que dans le sens antéro-postérieur. Ce cul-de-sac est abaissé, bombe dans le vagin, et peut même descendre plus bas que le col. Au toucher, qui est douloureux, on sent que ce cul-de-sac est doublé par une masse œdémateuse dont la consistance a été comparée à celle du carton mouillé ou du caoutchouc ramolli par la chaleur de la main. Cet empâtement à surface lisse, unie, sans bosselures, se confond, en dedans, avec le bord latéral de l'utérus dont il n'est séparé par aucun sillon, contrairement à ce qui a lieu dans la pelvi-péritonite ; il remplit les 2/3 antérieurs du cul-de-sac latéral, s'accolant en avant, de la façon la plus intime, au bord inférieur du pubis ou bien à la face postérieure de la branche horizontale de cet os. Entre le col de l'utérus et la face postérieure de la vessie, immédiatement au-dessus du cul-de-sac vaginal antérieur, on constate, dans un grand nombre de cas, une tuméfaction qui a la même consistance et la même sensibilité que la tuméfaction latérale qu'elle semble prolonger en avant ; c'est pourquoi Gallard (3) l'a dénommée : prolongement digitiforme antérieur du phlegmon du ligament large, par opposition à un prolongement analogue, situé

(1) *Loc. cit.*
(2) *Loc. cit.*
(3) Gallard, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1872.

au niveau de l'isthme également, mais sur sa face postérieure ou prolongement digitiforme postérieur. C'est à Bernutz (1) que revient l'honneur d'avoir tout particulièrement insisté sur ce fait très important au point de vue du diagnostic, que la tuméfaction antéro-latérale, due au phlegmon du ligament large, se termine toujours, en arrière, par une sorte d'arête très nette, qui ne dépasse pas le niveau de la face postérieure du col. En arrière de cette arête, par conséquent dans la partie postérieure du cul-de-sac latéral envahi, et dans toute l'étendue du cul-de-sac postérieur, le doigt peut être enfoncé aussi profondément que l'on veut sans rencontrer la moindre induration.

Telle est la forme de la tumeur que l'on constate lorsque l'inflammation reste limitée au tissu cellulaire du ligament large ; sa consistance varie suivant le mode de terminaison du phlegmon, et nous aurons lieu d'y revenir plus tard.

Phlegmon péri-vaginal. — Une des propagations les plus caractéristiques du phlegmon du ligament large, mais qui malheureusement est loin d'être constante, c'est la propagation au tissu cellulaire péri-vaginal. West et Bernutz ont, l'un et l'autre, insisté sur sa valeur diagnostique ; Bernutz en particulier lui accorde une importance séméiotique semblable à celle que l'on assigne habituellement, pour la détermination des hématocèles extra-péritonéales, au dédoublement de ce même tissu cellulaire par le sang. Il s'agit ici d'un épaississement inflammatoire d'une certaine hauteur de la paroi antéro-latérale du vagin ; cette tuméfaction, de consistance œdémateuse au début, devient plus ferme au bout de quelques jours, pour s'indurer complètement ou donner la sensation de fluctuation, suivant le mode de terminaison du phlegmon ; elle se continue, sans ligne de démarcation, avec la tuméfaction qui occupe l'épaisseur du ligament large du même côté.

Phlegmon des fosses iliaques. — Plus fréquemment l'adéno-phlegmon du ligament large se propage, soit au tissu cellulaire de la fosse iliaque interne, soit à celui de la fosse iliaque externe.

Dans ce dernier cas, la tuméfaction, qui n'était perceptible que

(1) *Loc. cit.*

par l'examen bi-manuel et qui ne dépassait pas l'aire du détroit supérieur du bassin, remplit peu à peu la fosse iliaque et devient de plus en plus proéminente du côté de l'abdomen, bientôt elle remplit la fosse iliaque, donnant, dans cette région, une matité absolue, à la percussion profonde comme à la percussion superficielle, et ne tarde pas à envahir le tissu cellulaire qui double la paroi abdomidale.

Le *phlegmon sous-abdominal* ou *plastron abdominal* de Chomel est une des complications les plus fréquentes de l'adénophlegmon du ligament large. Il émerge de la fosse iliaque, adhérant très intimement, à sa partie inférieure, à la branche horizontale du pubis. Il est étalé superficiellement, en avant du paquet intestinal, et situé immédiatement au-dessous de la paroi abdominale.

Son bord supérieur, transversal, est situé plus ou moins haut et remonte souvent jusqu'à l'ombilic. Son bord interne est plus ou moins parallèle à la ligne blanche qu'il atteint ou qu'il déborde d'un centimètre au plus.

Le plastron lisse, régulier, sans bosselures, d'une consistance ferme au début, devient très dur plus tard lorsque la terminaison se fait par induration ; il est d'autant plus épais qu'on l'examine plus près du ligament de Fallope ; aussi sa partie inférieure est-elle tout à fait mate à la percussion superficielle comme à la percussion profonde, tandis que sa partie supérieure possède une sonorité plus ou moins grande, due à la faible épaisseur des tissus interposés entre le doigt qui percute et les anses intestinales. La palpation et la percussion du plastron abdominal dû à un phlegmon sous-abdominal sont relativement peu douloureuses, surtout quand on les compare aux collections séreuses ou purulentes développées à l'intérieur de la cavité péritonéale.

Dans les cas, plus rares, où l'adéno-phlegmon du ligament large se propage au tissu cellulaire de la *fosse iliaque interne*, on trouve, en déprimant la paroi abdominale, en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure, une masse résistante, mal circonscrite, plus ou moins douloureuse à la pression en continuité absolue avec la tuméfaction péri-utérine. La peau de l'abdomen

glisse facilement au-devant de cette masse résistante et mate à la percussion.

La tumeur est assez facile à sentir lorsqu'elle occupe le tissu cellulaire sous-péritonéal ; elle est alors plus ou moins rapprochée de l'arcade crurale et il est possible de la mobiliser à un certain degré sur les parties profondes. Occupe-t-elle, au contraire, le tissu cellulaire sous-aponévrotique, elle sera bridée par le *fascia iliaca* et ne fera aucune saillie en avant ; elle est alors beaucoup plus difficile à reconnaître, mais l'apparition de douleurs névralgiques des organes génitaux, des fourmillements, des engourdissements des membres inférieurs, de l'œdème des malléoles feront soupçonner son existence.

Dans un dixième des cas, d'après Grisolle (1), on observe la propagation à la gaine du muscle iliaque ; c'est alors que se produisent la flexion et la rétraction de la cuisse sur l'abdomen, avec légère rotation des membres en dehors, qui peuvent manquer dans les autres variétés. Ce signe a donc une grande valeur pour le diagnostic et Trousseau (2) en a rapporté, dans ses cliniques, un exemple confirmé par l'autopsie.

(*A suivre*).

TUBERCULOSE DU VAGIN ET DU COL DE L'UTÉRUS

Par le Dr Paul Daurios.

(*Suite*).

b. — La lésion primitive siège *dans la cloison recto-vaginale.* Dans ce mode pathogénique on voit des foyers bacillaires péri-rectaux constituer de véritables abcès tuberculeux et s'ouvrir simultanément dans le vagin et dans le rectum, donnant ainsi lieu à une fistule recto-vaginale.

Dans une observation du Dr Defontaines (3), on voit l'abcès se

(1) *Loc. cit.*
(2) *Cliniques*, p. 773.
(3) In Deschamps (*Arch. Tocologie*, 1885).

faire jour à la fois dans le vagin, dans le rectum et au périnée, et créer trois fistules. C'est là, en effet, le cas qui paraît être le plus fréquent dans cette variété ; aussi ne ferons-nous que le signaler, car la fistule périnéale introduit un nouvel élément dans la question et fait de ce groupe une lésion qui se rattache plutôt à l'histoire des fistules anales ou de la tuberculose des organes génitaux externes que nous n'avons pas à étudier ici.

c. — L'ulcération primitive siège *sur la muqueuse rectale*. La marche de la lésion est la même que dans la première variété, mais se fait en sens inverse. Née insidieusement du côté de l'intestin, l'ulcération évolue vers la cavité vaginale où elle se révèle sur la face postérieure par un tout petit orifice, tout le reste pouvant être sain. Une observation de W. J. Jones nous offre un exemple très net de cette variété de fistule. Mêmes troubles fonctionnels dans ces cas que dans la première variété, mais avec phénomènes particuliers du côté du rectum, tels que douleur, ténesme, diarrhée ayant parfois les caractères de l'entérite tuberculeuse ou de l'entérite glaireuse. Le toucher rectal, souvent très douloureux, pourra faire sentir une ou plusieurs ulcérations à bords indurés, sensibles à la pression, etc. Dans le cas de Jones, on trouva à l'autopsie un ulcère circulaire unique, à bords indurés, recouvert de masses nécrosées, dans lesquelles furent découverts de nombreux bacilles. Du reste, nous n'insisterons pas davantage sur cette variété de fistule recto-vaginale, elle a plutôt trait à la tuberculose du tube digestif qu'à celle du vagin.

DIAGNOSTIC.

L'exposé clinique que nous venons de faire des différentes variétés de lésions tuberculeuses du vagin et du col et leur classification méthodique vont nous permettre de passer rapidement en revue les difficultés de diagnostic qui pourraient se présenter.

La forme *miliaire*, avons-nous dit, ne nous intéresse pas à ce point de vue. Rappelons seulement qu'elle est un épiphénomène de peu d'importance dans le cours d'une infection générale aiguë, n'attirant nullement l'attention sur elle au point de vue clinique.

La forme *ulcéreuse* devra être envisagée à deux périodes de son évolution.

a. — Au *début*, on pourra se trouver en présence de granulations multiples du col d'aspect variable, quelques-unes en voie d'ulcération, mais n'ayant pas encore constitué une perte de substance à caractères nets et précis. Cette lésion pourrait à ce moment faire songer à une *folliculite* du col, à des *œufs de Naboth*, ou une *éruption herpétique ;* le *zona* ou la *vaginite granuleuse* seront, au contraire, les affections qui simuleront le mieux les granulations du vagin.

La *folliculite du col* (Vermeil), appelée par certains auteurs *acné* du col, serait en effet caractérisée par de petites saillies jaunes ayant tendance à s'ulcérer, et à se réunir pour former plus tard une ulcération plus grande. Mais M. de Sinéty fait remarquer à juste titre (art. Utérus, *Dict. encyc.*), qu'il est des affections cutanées qui ne se rencontrent jamais sur le col utérin, à cause de la différence de structure qu'il y a entre la peau et la muqueuse cervicale ; tels l'acné et toutes les affections provenant des follicules pileux, des glandes sébacées et des glandes sudoripares. Du reste, les points jaunes qui caractériseraient cette affection laisseraient écouler à la piqûre une goutte de liquide clair gélatineux qu'on ne rencontre jamais dans la tuberculose. L'examen microscopique d'une granulation et la découverte du bacille dans son contenu ou sur ces parois lèvera tous les doutes.

Les *œufs de Naboth* (petits kystes glandulaires) sont quelquefois assez éloignés de l'orifice externe et assez nombreux chez certaines femmes d'un âge un peu avancé, pour qu'ils puissent simuler une éruption granuleuse de tuberculose. C'est dans les cas d'ectropion surtout que ces petits kystes se rencontrent en grand nombre. Mais si on répète ici la manœuvre conseillée dans les cas précédents, on verra toujours s'écouler du petit kyste une certaine quantité de liquide. Puis dans les cas de tuberculose les granulations n'auraient pas toutes le même aspect, les unes seraient semi-transparentes, d'autres opaques, et d'autres enfin complètement jaunes seraient déprimées au centre et commen-

çant à s'exulcérer. Enfin, pas de bacilles dans les sécrétions vaginales.

L'éruption herpétique présente des signes physiques qui peuvent se rappocher beaucoup de ceux de la tuberculose granuleuse. Mais l'herpès siège à la vulve et sur les parties du vagin avoisinantes, presque jamais à la partie moyenne du canal vaginal (1), et à plus forte raison sur le col. Puis, c'est généralement un accident périodique apparaissant au voisinage des règles soit avant, soit plus souvent après, et s'annonçant par un appareil symptomatique fébrile presque toujours manifeste. Les parties malades sont le siège de chaleur, de cuisson souvent très forte et d'un prurit qui énerve et fatigue la malade. A l'examen local on voit des vésicules le plus souvent groupées et confluentes, facilement détruites et laissant écouler un liquide clair et séreux. Tous ces caractères suffiront amplement dans la plupart des cas à différencier l'herpès d'avec la tuberculose sans qu'il soit besoin d'avoir recours à la recherche du bacille.

Le *zona*, fréquent chez les tuberculeux, et signalé par plusieurs auteurs du côté des organes génitaux, se différenciera facilement grâce à son unilatéralité, ses névralgies souvent intenses, la muqueuse rouge et sans pus, et enfin par les caractères de ses vésicules qui rappellent assez celles de l'herpès augmentées de volume.

La *vaginite granuleuse* qui accompagne assez souvent les vaginites ordinaires ou blennorrhagiques pourrait parfois en imposer pour une granulose tuberculeuse du canal vaginal. Mais la lésion consiste alors en une hypertrophie des papilles de la muqueuse en une modification des éléments anatomiques normaux, et outre l'écoulement purulent souvent très abondant qui est la cause de cette lésion, on verra des granulations hémisphériques violacées, et qui saignent facilement. Cet aspect clinique est loin de celui de la tuberculose qui n'a pas de pus, et pas cet aspect uniforme rouge foncé.

« Ce pointillé rouge de la muqueuse cervicale, dit M. de Sinéty,

(1) Bruneau, Th. 1880.

« que l'on observe chez les femmes atteintes de vaginite et qui « dépend de la saillie et de la congestion des papilles, persiste par« fois assez longtemps après la disparition de la vaginite. » Mais à ce moment-là il ne saurait faire songer à la tuberculose.

b. — A la *période d'état*, lorsque l'ulcération est constituée, nous avons à la distinguer des *ulcérations simples* du col, du *chancre* simple, de la *syphilis* à ses diverses périodes, de *l'ulcération herpétique* et enfin de *l'épithélioma*.

Les *ulcérations* du col que M. Naudin (1) divise en trois variétés (exulcérations simples, ulcérations folliculaires et ulcérations fongueuses) sont le plus souvent consécutives à une métrite. Comme le fait très judicieusement remarquer M. de Sinéty, toutes ces variétés ne sont que diverses étapes d'un même processus ; « selon que l'épithélium seul se desquame, dit-il, ou que les pa« pilles et le tissu sous-muqueux participent à l'inflammation, on « a toutes les variétés décrites par les auteurs ». Or, dans les deux derniers cas, lorsque les papilles et le chorion muqueux bourgeonnent sous l'aspect de granulations rosées ou rouges, et plus tard d'ulcérations fongueuses, végétantes, de couleur terne, jaune ou violacé, reposant sur un fond de même nature, avec pus très abondant, souvent mal lié, on ne songera guère à la tuberculose.

La première variété seule, c'est-à-dire les ulcérations simples, pourraient donner lieu à une confusion. C'est à une ulcération simple, consécutive à une métrite que croyait avoir affaire M. Gingeot dans l'observation de Bouffe ; il ne fallut rien moins que l'évolution de la lésion et la découverte du bacille sur l'ulcération pour faire modifier ce diagnostic. Généralement, au lieu des bords nets et de l'enduit caséeux adhérent de l'ulcération tuberculeuse, on constate dans ces cas-là des bords diffus, se terminant insensiblement vers la face externe du col. Jamais les culs-de-sac ni le vagin ne sont lésés. Le fond de l'ulcération est granuleux et couvert d'une sécrétion muqueuse filante qui se détache facilement. Enfin les points jaunes autour de l'ulcération et le bacille seront des signes de certitude de tuberculose.

(1) Thèse 1885. *Loc. cit.*

Le *chancre simple* du col n'est pas rare (de Sinéty), et a bien des caractères communs avec l'ulcération tuberculeuse : irrégularité, bords taillés à pic et décollés, fond jaunâtre irrégulier et déchiqueté. Mais dans le cas de chancre on voit des lésions multiples, toutes recouvertes de pus abondant, quelquefois même de pseudo-membranes, les ganglions inguinaux engorgés, l'extension rapide des ulcérations qui atteignent en quelques jours les dimensions d'une pièce de 0,50 cent. ou d'un franc, quelquefois de vrais caractères de phagédénisme. Enfin, l'inoculation d'une part, le bacille de l'autre trancheront le diagnostic dans les cas difficiles.

Le *chancre syphilitique* occupe généralement la partie centrale du col, sa surface n'est pas déprimée et creusée en godet ; c'est au contraire une lésion petite, érosive, plane, sans bords, avec une surface couleur rouge musculaire (Fournier). Sur le col le chancre syphilitique prend quelquefois un aspect mamelonné, végétant ou pultacé, avec un centre gris uniforme et des bords rouge vif (de Sinéty). Mais il a toujours l'indolence absolue au toucher, et l'absence de sécrétions. De plus, on ne voit aucune autre lésion dans son voisinage, et si on le tient en observation, on voit son évolution spéciale et l'apparition d'accidents secondaires.

Les *syphilides* du col peuvent être *érosives*, *ulcéreuses* ou *papuleuses*. Les deux premières variétés y sont très rares, l'ulcéreuse surtout. Quant à la papuleuse, qui est la plus fréquente, sa teinte opaline, gris perle, quelquefois blanc mat, son indolence, son aspect saillant, et le plus souvent les 2 ou 3 lésions semblables qui l'accompagnent empêcheront de la confondre avec une ulcération tuberculeuse.

L'ulcération herpétique consécutive à la réunion de plusieurs vésicules ulcérées peut assez bien simuler une ulcération tuberculeuse. D'autant mieux que l'aspect polycyclique caractéristique de l'ulcération herpétique sur lequel nous avons souvent entendu insister M. le Prof. Fournier à l'hôpital Saint-Louis, dans les cas de diagnostic difficile entre le chancre et l'herpès chancriforme, perd ici de sa valeur si l'on se rappelle que l'ulcération tubercu-

leuse, aussi bien que l'herpétique, s'accroît par la réunion successive de plusieurs petites ulcérations environnantes. Dans l'herpès cependant la lésion est plus superficielle; la rareté de son siège sur le col, le prurit, l'état fébrile, etc., et tous les signes dont nous avons parlé au sujet de l'éruption herpétique, aideront au diagnostic. De plus, si on a la bonne fortune de découvrir autour de l'ulcération une vésicule intacte, tous les doutes seront levés ; sinon, la recherche du bacille constituera la dernière ressource.

L'*ulcération par macération* de Martineau est très superficielle et formée par une desquamation épithéliale. Elle siège surtout dans les culs-de-sac, est accompagnée de douleurs vives, d'une inflammation très accusée et d'une abondante suppuration. Puis elle est le plus souvent une manifestation secondaire dans le cours d'une métrite, qui a amené des sécrétions profuses. C'est vraisemblablement une lésion de ce genre qu'observa Namias (1861) et que M. Brouardel décrivit dans sa thèse sous le nom de *tuberculose en nappe* du vagin. Les détails cliniques sont bien insuffisants et l'examen microscopique trop ancien, pour que l'on puisse aujourd'hui accepter sans conteste cette observation unique d'une forme de lésion tuberculeuse vaginale si extraordinaire. « On comprend mal, en effet, dit M. Deschamps, une couche blanc « grisâtre tuberculeuse, recouvrant la muqueuse vaginale sur « une grande étendue et s'enlevant au scalpel sans granulation « miliaires périphériques. » C'est plutôt là l'aspect d'un lambeau de muqueuse macérée, chez une femme qui, à son double titre de courtisane et de phthisique, avait bien le droit d'avoir un écoulement vaginal.

(*A suivre.*)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 24 février 1890.

TRAITEMENT DES FIBRO-MYOMES UTÉRINS PAR LE TAMPON ÉLECTRIQUE ET LES RENVERSEMENTS

M. Danion lit un travail sur cette question.

Dans la cure électrique des fibromes utérins, l'action galvano-caustique est plutôt nuisible.

Le pôle positif, appelé à tort hémostatique, et le pôle négatif, appelé à tort résolutif, agissent indifféremment en associant leurs effets dans des renversements.

Le traitement électrique ne produit jamais le moindre accident, ni même la moindre réaction.

Les accidents mortels survenus à la suite de l'application de l'électricité sont dus surtout aux effets caustiques.

(*Gaz. des Hop.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 19 février 1890.

FIBRO-MYOME DE L'OVAIRE.

M. Richelot fait un rapport sur une observation de M. Millot-Carpentier. L'opération s'est terminée par la mort. M. Richelot pense que la tumeur enlevée par M. Millot-Carpentier était un gros fibrome inclus dans le ligament large et non pas un fibrome de l'ovaire.

M. Le Dentu. — En 1881, il a pratiqué une ovariotomie chez une femme âgée de trente-huit ans. La guérison a été rapide. En 1888, cette femme présentait, au niveau de la cicatrice abdominale, une tumeur grosse comme une noix, adhérente à la peau et faisant saillie dans la cavité abdominale. La laparotomie permit d'enlever facilement le néoplasme, dont le point de départ était l'ancienne cicatrice résultant de la plaie abdominale. La tumeur

n'a pas été examinée au microscope, mais elle présentait tous les caractères macroscopiques du fibrome.

M. Routier. — Le fibrome dont parle M. Le Dentu fait exception à une règle généralement admise, à savoir que le fibrome de la paroi abdominale présente un pédicule plus ou moins long qui rattache la tumeur au bassin. M. Routier a eu l'occasion de rencontrer, au niveau d'un orifice herniaire, un fibrome qui n'avait aucun pédicule et qui s'était peut-être développé aux dépens d'un vieux sac herniaire.

M. Terrillon a signalé, après l'ablation des tumeurs malignes de l'ovaire, les récidives qui pouvaient se faire au niveau de la cicatrice abdominale.

M. Berger. — Les fibromes de la paroi abdominale sont loin d'avoir toujours des points d'attache osseux. Souvent ces tumeurs sont développées aux dépens des aponévroses qui existent dans la paroi abdominale.

M. Marc Sée a trouvé, dans un cas qu'il a opéré, un pédicule très net rattachant le fibrome au périoste.

DISCUSSION SUR LE CURETTAGE DE L'UTÉRUS. — TRAITEMENT DE L'ENDOMÉTRITE PAR LE CURETTAGE.

M. Bouilly, depuis 1887, a pratiqué 87 curettages de l'utérus pour tenter la cure des endométrites. Il a appliqué ce traitement à 43 malades de sa clientèle particulière et à 36 de l'hôpital. Il aurait pu en faire davantage à l'hôpital, mais il a été restreint par le petit nombre de lits dont il pouvait disposer.

Il ne parlera que des curettages qui ont été dirigés contre la métrite, que celle-ci ait été accompagnée ou non d'une altération du côté des annexes.

Le curettage a été pratiqué après l'essai infructueux d'un traitement non chirurgical. Les symptômes qui ont réclamé l'intervention sanglante sont : les métrorrhagies, les ménorrhagies, des suintements sanguins dans la période inter-cataméniale, des écoulements muqueux ou muco-purulents, des douleurs siégeant sur un des côtés de l'utérus, et coïncidant surtout avec une rétroflexion ou une rétroversion. La douleur par elle-même n'a jamais été la seule cause ayant déterminé M. Bouilly à s'armer de la curette. Il lui a fallu, en outre, la constatation d'une métrite.

Il s'est servi, dans presque tous les cas, de l'anesthésie pour pratiquer le cathétérisme. Douze fois seulement, il n'a pas chloroformisé ses malades. A l'heure actuelle, il est d'avis qu'il faut toujours chloroformiser pour faire un bon curettage.

Le curettage a été fait, après dilatation, par des tiges de laminaire. En commençant par des laminaires fixes, on obtient une dilatation presque sans douleur. Trois laminaires suffisent ordinairement. Il préfère la dilatation lente à la dilatation extemporanée. M. Bouilly s'est servi des curettes de Sims et de Simon. Il a injecté dans l'utérus, après le curettage, soit de la teinture d'iode, soit de la créosote glycérinée. Le chlorure de zinc a été réservé aux femmes atteintes d'endométrite hémorrhagique. Le pansement a consisté à mettre dans le vagin de la gaze iodoformée.

Il n'y a jamais eu aucune complication opératoire. Quatre fois, on a constaté un peu de sensibilité sur les parties latérales de l'utérus. Cette sensibilité existait aussi bien chez des femmes ayant auparavant des complications oophoro-salpingitiques, que chez des malades qui n'avaient que de l'endométrite. Assez souvent, le curettage a donné naissance à une sorte de malaise abdomino-pelvien, qui disparaissait au bout de douze ou de vingt-quatre heures.

M. Bouilly n'a pu suivre que 69 de ses opérées. Sur ces 69 cas, il a eu 39 guérisons, 15 améliorations et 15 insuccès. Les guérisons ont été surtout remarquables, quand l'opération s'adressait à une endométrite hémorrhagique.

Dans un cas, il s'agissait d'une endométrite caséeuse. Les lésions se rapprochaient de celles du coryza caséeux. M. Bouilly a obtenu 1 guérison complète. Parmi les cas de guérison, il faut noter 3 cas d'endométrite avec douleurs du côté des annexes.

Quand les annexes sont malades, le curettage ne fait disparaître que lentement les douleurs qui existent au niveau des ovaires et des trompes. Parfois les douleurs oophoro-salpingiques persistent, malgré l'intervention sur le corps de l'utérus.

Les améliorations ont été au nombre de 15. Trois fois, les annexes étaient le siège d'altérations inflammatoires.

Quand il existe des complications du côté des annexes, les sécrétions utérines ne se modifient guère sous l'influence du curettage.

Les 15 insuccès sont dus : 1° à la mauvaise technique du curettage ; 2° à la réinfection des voies génitales après l'opération ; 3° à l'existence d'une variété d'endométrite rebelle à l'opération ; 4° à une complication préexistante oophoro-salpingitique.

Les injections vaginales que prennent les malades sont souvent la cause de l'infection nouvelle qui atteint l'utérus des femmes qui ont subi le curettage. L'endométrite glandulaire du col, donnant lieu à une sécrétion extrêmement visqueuse et adhérente, résiste à la curette. Les glandes sont infectées jusque dans leur profondeur et la curette ne peut les atteindre jusque dans la profondeur des culs-de-sac glandulaires. Cette forme d'endométrite du col est justiciable de l'opération de Schrœder.

Dans quatre cas, M. Bouilly a dû faire l'ablation des annexes, après avoir échoué dans sa tentative de guérison par le simple curettage.

En résumé, le curettage, appliqué à l'endométrite, est une ressource précieuse. Cette opération ne peut être remplacée par aucun autre moyen. La meilleure indication du curettage est l'existence d'une métrite hémorrhagique. L'opération réussit très mal dans les cas de catharre glandulaire du col.

M. Terrillon est partisan de la dilatation préalable. Il se sert d'une curette spéciale, en forme d'hélice. Après l'opération, il met des tampons dans la cavité utérine. La réinfection de l'utérus est facile, parce que les malades se servent de canules qui sont des nids à microbes.

Quand il existe de la salpingite, le curettage ne donne aucun résultat. Les hémorrhagies continuent, dans ces cas. Mais, il n'en est pas de même quand, après avoir enlevé les annexes, on pratique le curettage pour arrêter les pertes abondantes qui ont persisté. Le curettage, suivi d'une cautérisation intra-utérine, met fin aux pertes.

Quand les annexes sont malades, il ne faut pas curer l'utérus.

M. Lucas-Championnière. — On a fait jusqu'à 500 curettages dans une seule année. C'est trop. La pratique de M. Bouilly est plus raisonnable, car ce chirurgien n'a trouvé l'occasion de curetter l'utérus que 25 ou 30 fois par an. En somme, le curettage n'est pas une panacée banale.

M. Lucas-Championnière n'a presque aucune pratique de cette

opération. Il ne tamponne pas la cavité utérine et il préfère ne pas pratiquer d'injection.

Quelle est l'action du curettage sur les affections des annexes ? M. Bouilly déclare que le curettage fait quelque chose de bien sur les complications ovaro-salpingitiques, M. Terrillon dit que cela ne fait rien de bon. M. Lucas-Championnière va plus loin et avance que, dans ces cas, on curette dans des conditions dangereuses. Quand les annexes sont prises, il ne faut pas toucher à l'utérus : il faut enlever les ovaires et les trompes.

M. Lucas-Championnière croit que le lavage de l'utérus et du vagin est inutile. Quand il enlève les annexes, il ne fait aucune irrigation. Le curettage est bon, quand il est fait dans des limites raisonnables.

M. Kirmisson a obtenu d'excellents résultats dans la métrite hémorrhagique, en pratiquant la dilatation extemporanée du col.

M. Segond arrive aux mêmes conclusions que M. Bouilly. Le curettage, appliqué à l'endométrite qui se complique d'altérations des annexes, ne donne aucun résultat. M. Segond a dû enlever les annexes, après avoir vainement tenté le curettage pour améliorer les malades.

M. Terrier n'a pas eu d'insuccès dans sa clientèle de ville. Il dilate lentement l'utérus avec des laminaires et une éponge préparée. La dilatation se fait en cinq ou six jours et est alors assez arge pour permettre des manœuvres précises dans la cavité utérine. Il faut avoir soin de curetter la cavité du col. M. Terrier ne met plus de gaze iodoformée dans l'utérus. C'est inutile. Il bouche la cavité de la matrice avec une solution de chlorure de zinc. Il se trouve bien de mettre après le curettage un tube dans la cavité utérine.

Il n'y a jamais aucun accident. On remarque parfois des vomissements qui durent vingt-quatre ou quarante-huit heures. Les suites sont simples.

Quand il existe une salpingite bien marquée, le curettage ne donne aucun résultat satisfaisant. Dans un cas, il a constaté, chez une femme atteinte d'une inflammation oophoro-salpingitique, une amélioration. Mais c'est exceptionnel. Dans un cas, les annexes étant malades, on avait proposé l'ablation des annexes. Le curettage fut exécuté et amena la guérison de la malade.

Après le curettage, la réinoculation des opérées est fréquente et facile (canule, coït, etc.). Il y a lieu de prendre en considération la nature des endométrites que l'on traite par le curettage.

M. Bouilly. — Ce qui résulte de cette discussion, c'est que le curettage réussit d'autant mieux qu'il ne s'adresse qu'à une altération strictement limitée à la muqueuse utérine. Il semble cependant qu'on améliore la trompe qui commence à être le siège de l'inflammation en curettant l'utérus. Mais s'il existe une salpingite prononcée, le curettage est inutile. Son effet est nul.

M. Bouilly dilate l'utérus pendant quarante-huit heures. Cela lui a toujours paru suffisant pour faire le curettage. Si la dilatation n'est pas suffisante, on la complète avec un dilatateur à trois branches. Quant aux mouvements observés par M. Terrier, ils sont dus au chloroforme. En effet, le curettage, sans anesthésie, ne donne pas lieu à ces vomissements.

On doit prendre en considération le terrain sur lequel on évolue, quand on pratique le curettage. Cette observation est particulièrement vraie, en ce qui concerne le symptôme douleur.

(Gazette des Hôpitaux.)

Séance du 26 février.

FIBROME DE LA PAROI ABDOMINALE.

M. Le Dentu. — A propos de l'observation de fibrome de la paroi abdominale, que je vous ai communiquée dans notre dernière séance, quelques-uns de nos collègues ont émis des doutes sur la nature de la tumeur, que j'avais considérée comme un pur fibrome, alléguant que ce n'était peut-être qu'une récidive de tumeur ovarienne. Il n'en est rien, et il suffit pour s'en convaincre de se rappeler les caractères et l'évolution de la tumeur. Ma malade, ovariotomisée en 1881, a remarqué, un an après, l'apparition, au niveau de la cicatrice, d'une petite tumeur, qui n'a progressé que très lentement. Lorsque je l'ai enlevée en 1888, c'est-à-dire sept ans plus tard, elle présentait le volume d'une grosse noix et elle était entièrement enkystée, sans aucun rapport avec les tissus utéro-ovariens; elle n'offrait également aucun des caractères d'une chéloïde.

Dans les récidives de néoplasmes de l'ovaire, ainsi qu'on peut le constater dans le mémoire que M. Terrillon nous a présenté, il

y a quelques années, l'aspect de ces tuméfactions est bien différent. C'est ainsi que l'on note des masses fongueuses plus ou moins volumineuses, libres ou en rapport avec le pédicule ovarien, ou bien des poches kystiques, ou encore des cavités, remplies de liquides fétides, quelquefois avec un engorgement ganglionnaire ou des noyaux cancéreux à distance. De plus, il est important de relever cette autre particularité que, dans la majorité de ces cas, la survie n'a pas dépassé deux années.

TRAITEMENT DES ENDOMÉTRITES PAR LE CURETTAGE UTÉRIN

M. Trélat. — La méthode de traitement des endométrites, le curettage utérin, sur lequel M. Bouilly nous a fait son intéressante communication dans notre dernière séance, a été pour moi le sujet d'études assez prolongées et, depuis près de dix ans, de plusieurs leçons cliniques. Le curettage nous donne d'excellents résultats, même dans les cas où une opération complémentaire paraissait nécessaire; c'est ainsi qu'en présence de déchirures du col assez étendues, compliquant une endométrite, le traitement de cette dernière par le raclage a suffi pour la guérir ; toutefois, il se présente des circonstances dans lesquelles l'opération d'Emmet ou une autre intervention est absolument indiquée.

Pour se déterminer à pratiquer le curettage, j'attache une grande importance au siège des douleurs, dont les unes sont irradiées et les autres locales. Ce sont ces dernières que l'exploration manuelle et le cathétérisme nous révèlent, qui ont une réelle valeur.

J'emploie ordinairement le chloroforme et mon manuel opératoire ne diffère pas sensiblement de celui que tout le monde met en pratique.

Après écouvillonnage et irrigation intra-utérine au sublimé, je me contente actuellement de placer dans le vagin un tampon que je renouvelle le deuxième et le quatrième jour.

Généralement, au bout de quinze jours de repos, les malades peuvent se lever sans avoir éprouvé aucun accident et débarrassées de leurs douleurs. En un mot, ce traitement est une véritable conquête thérapeutique, étant le plus souvent curatif, sans offrir d'inconvénients ni de dangers.

Depuis trois ans, ma statistique porte 206 cas de curettage dont la plupart ont été suivis assez longtemps pour qu'on ait pu constater la persistance de la guérison. Cette méthode triomphe absolument dans les cas d'endométrite hémorrhagique et d'endométrite catarrhale. Si parfois elle échoue, l'on est alors en droit d'invoquer l'une ou l'autre des causes suivantes : Opération incomplète, dilatation insuffisante de la cavité, énorme ampleur de cette cavité ; il est également important, dans la genèse de ces récidives, de tenir compte des nombreuses variétés de métrite vasculaire, tuberculeuse, blennorrhagique, etc., dont quelques-unes offrent la plus grande résistance aux moyens thérapeutiques.

Pour n'en citer que deux exemples, je rappellerai le cas d'une jeune blennorrhagique, qui ne fut guérie qu'au bout de deux mois, après deux curettages et plusieurs cautérisations. Même fait s'est présenté chez une femme de 50 ans environ, atteinte d'une métrite fongueuse depuis plusieurs années. A côté de ces succès, il y a des échecs, particulièrement lorsque les annexes sont malades ; toutefois les lésions tubaires ne sont pas une condition absolue de non réussite et j'ai par devers moi cinq cas bien nets de guérison.

L'un de ces faits mérite à divers points de vue d'être rapporté. Ma malade était une jeune femme de 28 ans qui, mariée à 22 ans, avait vu s'exaspérer, immédiatement après, des phénomènes douloureux, utérins et péri-utérins, qui existaient déjà auparavant. Pendant six années il en fut ainsi et dans les derniers mois les accidents condamnaient la malade au lit. Je constatai chez cette femme, outre les symptômes ordinaires de l'endométrite, l'existence de deux tumeurs volumineuses et douloureuses siégeant de chaque côté, au niveau des annexes. Avant de procéder à une laparotomie qui me paraissait nécessaire, un curettage fut pratiqué en novembre 1888 ; il eut pour effet de faire disparaître immédiatement les douleurs, de tarir l'écoulement utérin, et un mois plus tard, on constatait l'absence de tout point douloureux dans les culs-de-sac, la disparition de la tumeur tubaire du côté gauche, et seulement du côté droit une légère grosseur, du volume d'un haricot. Enfin, comme résultat de ce curettage, notre malade devenait bientôt enceinte, et accouchait en novembre 1889. N'est-ce pas là un exemple, qui doit encourager à appliquer ce traitement tout d'abord, sauf pour certains cas d'endométrite

compliquée de lésions justiciables d'une autre opération? Nous le croyons d'autant plus rationnel qu'il est capable, ainsi qu'on vient de le voir, de permettre une grossesse ultérieure.

M. Routier. — En observant la même technique opératoire que celle qui a été formulée par M. Terrier, j'ai fait, en quatre ans, 24 curettages sans aucun accident, 12 fois pour des métrites hémorragiques ; les résultats ont été merveilleux, et j'ai eu 12 succès complets, 4 fois je suis intervenu pour des métrites purulentes, qui n'ont été qu'améliorées, tandis que pour plusieurs cas de lésions catarrhales j'ai obtenu la guérison. Enfin, sur 5 malades atteintes de salpingite, j'ai complètement échoué. Je ne crois donc pas, en pareille circonstance, à l'efficacité du curettage, qui peut même être dangereux.

M. Terrillon. — Depuis plusieurs années j'ai cru devoir pratiquer cette opération sur 63 malades. Voici les résultats. Ma première série comprend 15 curettages pour métrite hémorrhagique : 12 succès rapides et 3 secondaires, après nouvelle intervention.

Ma deuxième série a trait aux métrites muqueuses, muco-purulentes et fongueuses. Je compte 32 opérations, dont 21 succès complets et 11 améliorations.

Dans ma troisième série, qui ne renferme que 5 cas, j'ai fait le curettage pour des hémorrhagies provenant de sarcomes intra-utérins. L'écoulement sanguin a éte arrêté, mais les écoulements séro-purulents ont persisté.

Enfin, une quatrième série comprend 12 curettages pour des métrites compliquées de salpingite. Les résultats ont été absolument nuls. J'en conclus donc que cette opération a des indications et des contre-indications.

M. Richelot. — J'ai fait soixante-dix curages utérins ; ils ne m'ont donné que dix-sept insuccès. La dilatation étant prolongée au delà de quarante-huit heures en général, j'ai soin de bien gratter tous les points de la cavité du corps de l'utérus jusqu'à ce que la curette ne ramène plus aucun débris. Quant au col, contrairement à M. Terrier, je me borne au curage simple, quand il y a un col petit et rose. Si, au contraire, il y a une métrite invétérée, le grattage est insuffisant dans cette région et je n'hésite pas à joindre au curage l'opération d'Emmet ou celle de Schrœder; c'est ce que j'ai fait l'année dernière trente-deux fois sur cin-

quante-un cas d'endométrite. Après le badigeonnage de la cavité avec la glycérine créosotée, j'y place un crayon d'iodoforme, puis je tamponne le vagin et vers le cinquième jour des injections au sublimé sont pratiquées.

Le curage doit échouer le plus souvent, sinon toujours, quand il y a des lésions prononcées des annexes ; dans le cas, au contraire, où il s'agit d'altération commençante, on sait que la guérison est possible.

Mes dix-sept insuccès étaient des métrites compliquées de lésions tubaires ou ovariennes ; quatorze de ces malades, ayant accepté secondairement l'ablation des annexes, sont actuellement guéries.

J'estime que le curage bien fait et bien indiqué réussit à peu près toujours et que la vraie cause des échecs est le plus souvent la présence des complications pelviennes de la métrite. C'est un fait généralement admis, et M. Lucas-Championnière lui-même, qui a soutenu à diverses reprises (en particulier dans un mémoire récemment publié) que toute femme qui paraît souffrir de son utérus, souffre d'autre chose, que la métrite n'est rien, qu'il faut faire d'emblée la laparotomie, M. Lucas-Championnière reconnaît aujourd'hui que M. Bouilly tient en faveur du curage un langage à la fois prudent et persuasif (Voir *Bulletin Médical*, p. 177 et 170). Je ne sais lequel des deux il faut féliciter davantage, ou celui qui se montre avocat si habile, ou celui qui se laisse gagner par des arguments sérieux et réserve les ardeurs de sa polémique pour les abus, l'ignorance et le charlatanisme.

La conclusion à tirer pour aujourd'hui, c'est que le curage utérin est excellent à la condition d'être bien fait et suivant des règles précises, qu'il a des applications fréquentes et donne la guérison des métrites simples, mais qu'il a des contre-indications formelles, à savoir les altérations nettement établies des annexes.

M. Lucas-Championnière. — Je ne comprends nullement l'attaque inattendue qui vient d'être portée contre moi. Ce n'est pas de la polémique sérieuse que de prêter à un adversaire des paroles qu'il n'a pas prononcées et d'attribuer à une phrase prise dans un paragraphe un tout autre sens que celui qu'elle a réellement. Je ne suis pas un ennemi du curettage, puisque j'ai été le premier à reconnaître que M. Bouilly avait eu raison de marquer nettement ses indications. Mais on m'a fait dire ce que je n'avais

as dit. Ce que j'ai dit : c'est que fréquemment l'on se trouvait en présence de deux espèces de maladies, l'une s'accompagnant de douleurs plus ou moins intenses, et l'autre d'une congestion variable de l'utérus et d'écoulements. Or, j'ai dit que toutes les fois qu'il existe des douleurs, ce n'est pas à une affection de l'utérus que l'on a affaire, mais toujours à une maladie des annexes.

M. Trélat. — Je proteste contre cette affirmation.

M. Lucas-Championnière. — C'est là ce que j'ai écrit dans mon mémoire et ce que je répète aujourd'hui. Peut-être chez ces malades y a-t-il eu antérieurement de la métrite ? Cela est possible, mais lorsqu'elles accusent des douleurs, ce n'est plus cette dernière qui est en cause. Il y a, j'en suis convaincu, quantité d'erreurs de diagnostic commises chaque jour, et là où l'on inscrit utérus, ou devrait écrire annexes. Il en résulte que l'on pratique des curettages inutiles et que ceux-ci se comptent alors par centaines. Contre cette multiplicité, je ne cesserai de m'élever.

J'ajouterai encore qu'on a inexactement reproduit ce que j'ai dit, dans une autre séance de la Société, à propos des douleurs et des rétro-déviations utérines. J'ai dit que dans quelques cas ces derniers étaient la cause des phénomènes douloureux, mais que le plus souvent ils devaient être rapportés à des affections ovario-tubaires. Le fait est tellement évident qu'en faisant l'ablation des annexes, sans corriger les déplacements utérins, on parvient à faire disparaître les autres accidents.

(*Bull. méd.*).

REVUE DE LA PRESSE

DES HÉMORRHAGIES DE L'OVAIRE ET DE LEUR TRAITEMENT.

Si tous les auteurs reconnaissent l'extrême fréquence de petits épanchements sanguins dans l'ovaire, il en est peu qui aient étudié les hémorrhagies de l'ovaire. Cet ce sujet encore obscur qu'aborde, dans son mémoire inaugural, notre excellent collègue et ami Rollin ; il démontre forte clairement que ces hémorrhagies, au sens clinique du mot, sont moins rares qu'on ne le croit, et qu'un intérêt chirurgical réel s'attache à leur étude.

Ces hémorrhagies doivent être distinguées en vésiculaires (des vésicules de de Graaf) et interstitielles. Les premières comprennent elles-

mêmes un certain nombre de variétés : 1° les hémorrhagies vésiculaires multiples des maladies infectieuses et des intoxications à évolution ordinairement latente : 2° les hémorrhagies extra-vésiculaires, consistant dans la production d'un épanchement sanguin considérable avant et après la rupture du follicule ; elles provoquent l'hémorrhagie interne suivie à son tour de péritonite mortelle ou d'hématocèle, selon son abondance et la tolérance du péritoine ; 3° les hémorrhagies intra-vésiculaires résultant d'un épanchement sanguin dans le follicule graafien, qui, retenu à l'intérieur de l'ovaire, ne peut se rompre et forme ainsi un kyste sanguin de l'ovaire. L'hématocèle et le kyste sanguin s'accroissent d'une façon analogue, par ponte intra-kystique, c'est-à-dire par rupture des follicules des menstruations suivantes, soit dans le sac rétro-utérin, soit dans le kyste intra-ovarique. En raison de leur singularité d'accroissement, Eug. Boecke a désigné ces kystes, sous le nom de kystes ménorrhagiques ; 4° dans une quatrième variété d'hémorrhagies vésiculaires, se rangent celles qui se produisent dans des follicules déjà atteints d'hydropisie, et dans une dernière classe, il convient de placer celles qui se font dans les corps jaunes, sans doute à la suite d'un léger suintement sanguin après la ponte. Mais ces deux dernières variétés sont encore mal connues, leur évolution clinique et anatomique étant actuellement impossible à préciser.

Tel est le premier groupe établi par Rollin ; dans le second, celui des hémorrhagies interstitielles, il fait rentrer d'une part celles qui sont constituées par de petites apoplexies du troma, sans aucune importance ; d'autre part celles qui, diffuses, peuvent réduire l'ovaire à l'état d'une coque renfermant une pulpe vasculaire, analogue au tissu de la rate. Cette dernière lésion relève sans doute des ovarites septiques analogues à l'ovarite puerpérale. La coque ovarique peut se rompre, d'où hémorrhagie interne suivie de péritonite et de mort.

L'étiologie des hémorrhagies de l'ovaire est encore mal connue. Les altérations des trompes mettant obstacle à leur fonctionnement, les congestions répétées de l'ovaire, la sclérose de l'ovaire, les néo-membranes de la péritonite, jouent quelquefois un rôle incontestable. Le varicocèle utéro-ovarien est certainement aussi une cause prédisposante et aggravante de premier ordre.

Nous avons indiqué que les symptômes des hémorrhagies sont fort variables. Il en est qui restent absolument latentes. Quant à l'hémorrhagie extra-vésiculaire, elle éclate tout d'un coup, sans prodromes, tue quelquefois rapidement ou engendre l'hématocèle pelvienne. Les kystes sanguins se comportent comme des tumeurs de l'ovaire, mais, s'accroissant indéfiniment, et toujours en imminence de rupture, ils sont une menace constante pour la malade.

Le diagnostic est toujours fort difficile, parfois même impossible, abstraction faite de l'épanchement extra-vésiculaire. Un seul signe, indiqué par Boeckel, permet d'affirmer la nature des kystes ; c'est leur augmentation brusque de volume à l'époque des règles.

L'hémorrhagie extra-vésiculaire, est justiciable de la laparotomie immédiate, suivie de l'ablation de l'ovaire et d'une toilette soignée du péritoine. Les kystes hémorrhagiques doivent être traités par l'ovariotomie, simple ou double, accompagnée ou non de salpingectomie, suivant les cas.

H. Rieffel.

(*Rev. gén. de Clin. et de Thér.*)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'OBLITÉRATION ACQUISE DE L'ORIFICE HYMÉNÉAL,

Par M. Gochkewinch.

Une jeune fille de dix-neuf ans et demi entre à l'hôpital, le 30 juillet 1888, pour une rétention d'urine.

Anamnèse. — Santé toujours bonne, ne se rappelle d'aucune maladie ; n'a jamais été réglée. Pendant la dernière année, elle a ressenti plusieurs fois des douleurs et de la tension dans le bas-ventre ; les douleurs se répétaient à quelques mois d'intervalle et duraient de trois à cinq jours, forçant la malade à s'aliter. Pendant les derniers quatre à cinq mois, les douleurs revenaient chaque mois et étaient très intenses (*molimena mensium*). Il n'y avait pas d'écoulement sanguin, mais la tumeur, que la malade avait notée déjà depuis quelque temps dans le bas-ventre, augmentait sensiblement. La difficulté d'uriner augmentait en même temps et finit par aboutir à une rétention complète d'urine.

On sonda immédiatement la malade et on donna issue à environ trois litres d'urine un peu trouble. *Etat présent* : conformation bonne ; état de nutrition, bon ; sens bien développés ; bassin normal ; ligne blanche légèrement pigmentée ; ventre proéminent, surtout à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. A la palpation, tumeur médiane assez dure, peu mobile, remontant à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; peu sensible. Pubis couvert de poils ; grandes et petites lèvres normales, ainsi que l'urèthre ; le tout un peu bombé, de même que le périnée. Entre les petites lèvres entr'ouvertes, on voit l'hymen tendu, épais, vascularisé, bleuâtre ; immédiatement au-dessous de l'orifice de l'urèthre est situé sur l'hymen un flot de tissu blanchâtre, enfoncé, à bords dentelés, correspondant à l'orifice normal de l'hymen. Il est hors de doute que les bords de l'orifice hyménéal, normaux pendant l'en-

fance, se sont soudés sous l'influence de processus inflammatoires et convertis en tissu cicatriciel. Un choc imprimé à la partie supérieure de la tumeur se communique au doigt appliqué contre l'hymen. Par le toucher rectal on constate la dilatation du vagin par un liquide. — Anesthésie par le chloroforme ; désinfection des organes génitaux externes ; incision cruciale de l'hymen, donnant issue à cinq litres environ de liquide épais, couleur café, inodore ; diminution brusque de la tumeur. Irrigation au sublimé à 1/2000. Au toucher le vagin est distendu, sans plis ; l'utérus, dont le col est effacé, forme une seule cavité de rétention avec le vagin. L'hymen a un demi-centimètre d'épaisseur ; le tissu cicatriciel un peu moins ; saigne aussi moins au moment de l'incision. Drainage à l'aide d'un tube court. Cessation de l'écoulement le second jour. Après sept jours la malade sort guérie.

(*Journal d'obstétrique et de maladies des femmes*, vol. II, n° 11, et *Gazet. de Gyn.*).

VULVITE ET VULVO-VAGINITE DES PETITES FILLES.

M. Von Dusch (de Heidelberg) a eu l'occasion d'observer, 19 cas de vulvite spontanée dans le courant d'une année. De ces 19 cas, 10 provenaient du dehors ; 9 sont survenus à l'hôpital consécutivement à l'admission des autres malades. En moyenne, l'âge variait entre deux et quatre ans. Les symptômes consistaient en une sécrétion muco-purulente de la vulve, et en des croûtes qui irritaient la vulve et les plis génitaux-cruraux ; enfin la miction était, dans la plupart des cas, difficile et douloureuse.

L'examen bactériologique du pus donna toujours des résultats affirmatifs : on y trouvait un coccus rappelant de très près celui de Neisser. L'affection était très opiniâtre ; elle dura pendant des semaines. Les parents, fatigués, réclamaient leurs enfants avant toute guérison définitive. Le traitement employé, sans grand succès, consista dans des lavages au sublimé.

L'enquête à laquelle l'assistant s'était livré démontra que, dans 5 cas provenant du dehors, le père était atteint de gonorrhée ; dans un de ces cas, une sœur aînée souffrait de la même affection. Pour les cinq autres cas, le résultat de l'enquête fut négatif.

(*Gaz. de Gyn.*)

KYSTES DE L'HYMEN (RICKLIN).

Les kystes de l'hymen sont encore plus rares que ceux du pancréas. M. Pierring n'a pu découvrir, dans les recueils de médecine, que sept exemples de ce genre de kyste, publiés par différents auteurs.

Dans l'un de ces cas, l'examen microscopique a montré que le kyste s'était développé aux dépens de l'épithélium de la face externe de l'hymen, épithélium qui s'était plissé en forme de doigt de gant, avec oblitération de cette dépression à son entrée. Dans un autre cas, le kyste, qui était en voie de formation, était constitué par deux plis de l'hymen qui, se développant en sens inverse, avaient fini par se rejoindre. Même mode de formation du kyste, dans deux autres cas.

M Piering a eu l'occasion d'autopsier une jeune fille qui portait un kyste de l'hymen. Le kyste était multiloculaire. La face interne était tapissée, mais en certain point seulement, par une couche unique de noyau à cellules ovalaires, ayant tout aspect de cellules endothéliales. Dans une des loges du kyste, débouchait un vaisseau, dont la paroi présentait également une structure endothéliale. En raison de ce fait, M. Piering pense que le kyste était le résultat d'une ectasie d'un vaisseau lympathique, qui aurait eu elle-même pour cause une cyphose avec hypérémie consécutive de tous les organes génitaux.

(*Gaz. méd. de Paris.*)

ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE DANS L'ALBUMINURIE,

Par le Dr S. Remy.

L'éclampsie puerpérale s'accompagne presque toujours d'albuminurie et l'abondance de l'albumine est parfois si considérable que l'urine chauffée semble se prendre en masse dans le tube à réaction. Le chiffre de l'albumine peut s'élever à 20 et 25 gr. par litre, comme nous en avons vu des exemples. D'autres fois, la quantité de l'albumine est plus faible, mais, de toutes façons, la présence de l'albumine dénote un trouble dans la fonction rénale. Cette coïncidence de l'albuminurie avec l'éclampsie a fait considérer les lésions rénales ainsi que les troubles de sécrétion comme la cause de l'éclampsie ; — ou bien encore, on a pu regarder l'albuminurie et l'éclampsie comme le résultat d'une même lésion (P. Dubois), ou le résultat des modifications que la grossesse apporte dans la composition du sang (Depaul). Cependant, il est des cas où l'éclampsie se produit sans albuminurie. Ces cas, mis d'abord sur le compte d'une observation incomplète, se sont multipliés, de sorte qu'on a dû admettre que parfois l'éclampsie pouvait se produire en dehors de toute complication rénale et serait, par conséquent, sous la seule influence d'un trouble du système nerveux. La marche, le pronostic, l'efficacité du traitement, feraient ressortir d'ailleurs la différence qui existerait entre ces deux variétés d'éclampsie.

Après avoir observé un certain nombre de cas d'éclampsie liée à l'al-

buminurie, j'ai eu l'occasion de voir un cas d'éclampsie sans albuminurie dont les détails se trouvent consignés dans l'observation suivante.

Observation. — Mme M... est une femme d'un tempérament nerveux, irritable. Enceinte pour la première fois, elle fut réglée pour la dernière fois le 14 septembre 1886. Rien de particulier n'est à noter dans les débuts de sa grossesse.

Le 16 juin 1887, cette dame s'était plainte de malaises digestifs, de vertiges, avait cependant soupé. Vers 9 heures du soir, elle fut prise d'une crise. La sage-femme arrive bientôt, lorsqu'un second accès venait de se produire, et peu après son arrivée, elle assiste à un troisième accès qu'elle reconnaît pour de l'éclampsie. Je suis aussitôt appelé, vers 9 heures et demie ; peu après mon arrivée survint un quatrième accès bien caractérisé, suivi de coma ; il y a une forte morsure à la langue. Il était près de 10 heures du soir. L'utérus durcit de temps en temps. Au toucher, je trouve le col effacé et l'orifice un peu ouvert. Le doigt laisse une légère empreinte sur le tibia, très difficile à apprécier. Je donne immédiatement du chloroforme et je tins cette dame endormie jusque vers minuit. Il n'y eut plus de convulsions, ni tendance à de nouveaux accès. La malade se réveille, cause bien, mais n'a plus de mémoire. Elle se plaint des morsures de la langue, qui est blessée et gonflée. Je pus recueillir de l'urine à ce moment ; j'en fis chauffer et je conclus à l'absence d'albumine. Le thermomètre, à 10 heures et demie et à 12 heures et demie, ne marqua que 37°. La malade ne se plaignait que de douleurs de tête et de quelques envies de vomir, dues sans doute au chloroforme, et d'une douleur dans la cuisse Le travail s'était arrêté. Je fis prendre à la femme 40 grammes de sirop de chloral. Vers une heure du matin, elle dormait paisiblement sous l'influence du médicament. Je me retirai en ordonnant de lui administrer encore deux cuillerées à bouche de sirop de chloral par doses fractionnées. Le lendemain matin, à 7 heures, je trouvai cette dame dans un état satisfaisant, sans mal de tête, sans contractions utérines. Je prescrivis la diète lactée et la continuation du sirop de chloral (une demi-cuillerée à bouche toutes les deux heures). Les urines, examinées par la chaleur, l'acide azotique, le réactif acéto-picrique, ne renferment absolument pas d'albumine.

Le 24 juin. Le mieux s'est maintenu. Aucun phénomène de travail. A l'examen des urines plusieurs fois répété, aucune trace d'albumine. Malgré cela, je maintiens le régime lacté. Se lève. Le 26 juin, c'est-à-dire dix jours après les accès, cette dame entre en travail ; je suis appelé vers 3 heures de l'après-midi. La dilatation est comprise entre les dimensions d'une pièce de 2 et 5 fr. Poche des eaux intacte ; batte-

ments fœtaux à gauche ; tête bien engagée. Pendant une heure que je reste là, les contractions sont rares et faibles. Je m'absente pendant trois quarts d'heure ; quand je reviens, je trouve la tête dans l'excavation. La période d'expulsion demanda une demi-heure. A 5 heures un quart, expulsion d'un fort garçon qui crie très bien. Cordon gras. Délivrance normale suivie d'une bonne rétraction. Vers 6 heures, la femme se plaint de coliques ; l'utérus a augmenté de volume ; hémorrhagie faible, mais persistante. Je retire plusieurs caillots ; injection d'eau à 50 degrés. J'eus du mal de maîtriser cette hémorrhagie, qui céda enfin après administration de seigle ergoté. Je pus quitter l'accouchée vers 7 heures et demie du soir.

Le placenta était tout à fait sain.

Le 27 juin. Nuit bonne. Utérus en bon état. Apyrexie. Lochies normales. On abandonne le régime lacté, puisqu'il n'y a pas d'albuminurie.

28. Couches normales ; l'enfant prend bien le sein.

29. Pas d'albumine.

Les suites de couches ont été tout à fait normales.

Nous voyons dans ce cas l'éclampsie liée comme d'habitude à un commencement de travail. Les accès se succèdent assez rapidement, au nombre de 4, entre 9 et 10 heures du soir. L'action du chloroforme paraît remarquable, puisqu'à partir de son emploi tout phénomène nerveux disparaît pour ne plus revenir ; le travail aussi s'arrête pour ne reprendre que dix jours plus tard. C'est, en effet, dans ces cas, où la maladie est une affection nerveuse, dans laquelle les convulsions semblent avoir leur point de départ dans les modifications utérines, c'est dans ces cas, disons-nous, que le chloroforme peut avoir une action efficace en modérant la réflexivité de la moelle. Tout autre sera la situation, quand aux convulsions s'ajoute une perversion des fonctions rénales avec l'empoisonnement de l'organisme comme conséquence, car il y a plus que des convulsions réflexes, il y a, en outre, défaut de dépuration de l'organisme. Le pronostic de l'éclampsie sans albuminurie sera donc moins sérieux que celui de l'autre variété.

Nous dirons sous forme de conclusion : l'observation que nous venons de rapporter confirme l'existence d'une éclampsie sans albuminurie, la simplicité relative du cas établit la gravité moindre du pronostic, et l'action rapide et heureuse du chloroforme montre la confiance que peut donner ce médicament.

(*Rev. méd. de l'Est.*)

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Un nouveau spéculum, vàlves automatiques indépendantes à manche tubulé.

MODÈLE DU DOCTEUR NITOT.

Les progrès de la gynécologie actuelle montrent, chaque jour, la nécessité d'abandonner les anciens spéculums pour ne se servir exclusivement que des valves. Le toucher et le plaper bimanuel resteront toujours les moyens par excellence de diagnostic des lésions utérines et péri-utérines ; mais le spéculum demeurera nécessaire pour compléter un examen ou faciliter les pansements et les opérations du col ou de la cavité de l'utérus, à la condition qu'il ouvre aux regards et aux doigts de l'opérateur une voie large. C'est pour cette raison que les valves de Sims, de Courty et de Simon possèdent, sur les anciens spéculums de Ricord, de Cusco, de Bouveret et sur tous les spéculums cylindriques surtout, des avantages qui rendent leur emploi de plus en plus précieux.

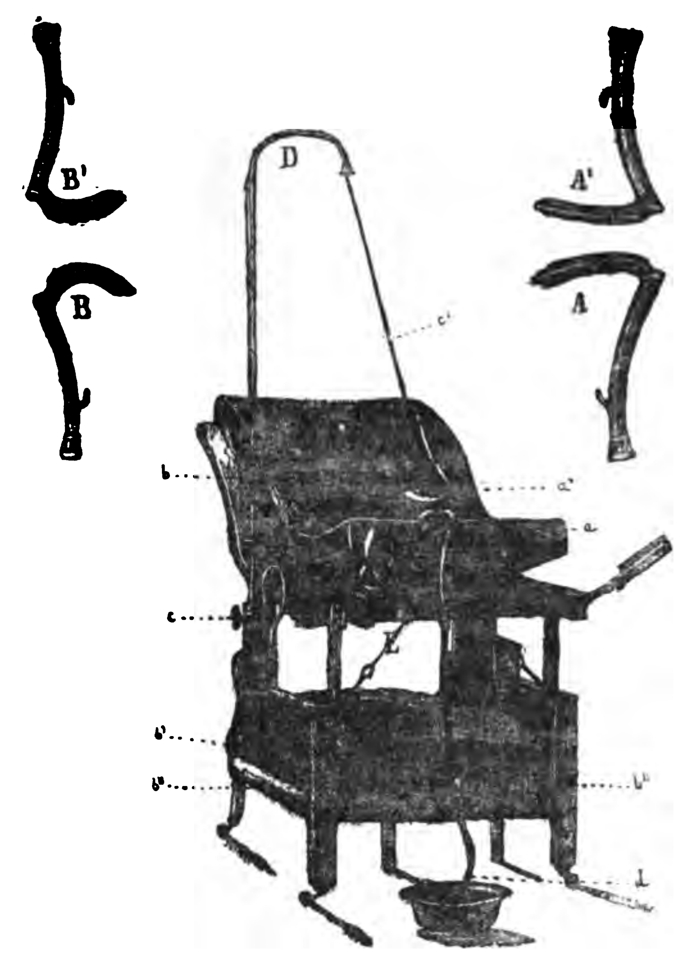
Les valves permettent, en effet, un large écartement des parois vaginales, ce qui rend facile l'accès de l'utérus qui semble, par le fait, s'abaisser de lui-même et se porte au-devant de l'opérateur, ce qui facilite l'hystérométrie et l'abaissement artificiel de la matrice si précieux dans bien des cas.

En revanche, l'usage des valves est rendu difficile pour la pratique de chaque jour, car elles nécessitent pour leur emploi le concours d'un aide exercé. Or, ce concours, qu'on accepte forcément quand il s'agit d'une opération, répugne à bien des femmes pour les examens journaliers, et il en résulte que bon nombre de médecins qui font usage des valves dans leurs services hospitaliers, préfèrent encore renoncer à leur emploi dans leur cabinet et reprendre le Cusco qui supprime l'aide indispensable et gênant.

C'est cette difficulté de la pratique que j'ai cherché à tourner, et je puis aujourd'hui présenter un appareil d'ensemble qui permet l'usage automatique des valves, en supprimant l'aide devenu désormais inutile.

Description de l'appareil.

Cet appareil peut être employé soit dans la position dorsale, classique en France, soit dans la position génu-pectorale, nécessaire dans certains cas.



AA' Valves longues à manche tubulé, inférieure et supérieure.
BB' Valves courtes à manche tubulé, inférieure et supérieure.
C. Fauteuil à spéculum donnant l'ensemble du système en place.
D. Potence destinée à la traction supérieure.
(*b*. contre-poids curseur. — *b*. petit-poids destiné à maintenir la tension de la corde. — *c'* douille vissée au fauteuil. — *c'* corde faisant jouer le poids curseur).
aa. valves mises en place, — *d*. tuyau de caoutchouc.
E. Système de traction inférieure, (*b'b'* poids assurant cette traction).

Explication de la figure.

Il permet d'obtenir sur les parois vaginales une traction douce et proportionnelle à leur résistance, et, mobile lui-même, il a l'avantage de ne pas immobiliser la malade qui peut sans déranger les

valves mises en place qui suivent ses mouvements, se mouvoir soit au gré de l'opérateur, soit sous l'influence de la crainte ou d'une douleur provoquée.

L'appareil se compose :

1° De valves métalliques spécialement disposées dont le manche creux forme tube d'écoulement.

2° D'un double système de traction.

1° *Valves à manche tubulé.*

Désirant conserver un modèle de valves existant déjà, j'ai choisi les valves de Courty et de Simon se moulant mieux sur la courbure périnéale que celles de Sims, les premières plus longues, les secondes plus courtes, comme pouvant servir à tous les cas de la pratique.

J'ai fait construire par M. Mathieu une série de valves de largeur différente. Chaque valve est montée fixement suivant un angle déterminé sur un manche creux, qui sert de tube d'écoulement et peut recevoir sur le renflement que fait son extrémité inférieure un tube de caoutchouc mobile qui déverse le liquide de l'irrigation dans un vase approprié, sans qu'une seule goutte ne mouille la malade. Le manche creux présente lui-même une courbe spéciale qui est nécessaire pour que la valve mise en place se maintienne sans glisser, et sur la partie antérieure du manche, près de son extrémité inférieure, est un petit crochet destiné à recevoir le système de traction. La valve entièrement en métal, d'une seule pièce, permet une antisepsie parfaite et peut servir indifféremment de valve inférieure ou de valve supérieure, de telle sorte qu'un jeu de 3 ou 4 valves longues et de 2 valves courtes est suffisant.

Afin d'assurer un fonctionnement doux et régulier ne gênant en rien les mouvements de la malade même après la mise en place du spéculum, j'ai choisi pour assurer la traction les poids de préférence aux ressorts ou crémaillères. Ces poids doivent être d'un kilogramme chacun pour ne pas être douloureux et assurer un écartement suffisant.

2° *Système de traction.*

Le système de traction est double, l'un pour la valve inférieure, l'autre pour la valve supérieure.

La traction inférieure peut être effectuée au moyen d'un simple poids qu'il suffit de suspendre au crochet de la valve inférieure. Il peut

aussi, comme sur le modèle présenté, se diviser en deux poids de 500 grammes chacun pouvant glisser le long des pieds du fauteuil. Ces poids, dont la course peut être limitée, sont reliés entre eux par une corde qui, après s'être réfléchie sur deux pitons latéraux, devient transversale et porte en son milieu un anneau destiné à s'accrocher au manche de la valve inférieure.

Le système de traction supérieure est plus difficile à obtenir, car il faut que la traction s'opère non plus perpendiculairement ou à peu près, mais suivant une certaine direction qui fasse suite à celle que possède le manche sur la valve.

Afin de déterminer cette direction, j'ai entrepris à ma clinique une série de recherches en disposant, dans le plafond, des poulies sur lesquelles je faisais passer une corde munie, à son extrémité inférieure, d'un poids d'un kilog. et portant à son autre extrémité un anneau. Je pus trouver, de cette façon, la direction convenable qu'il était utile de donner à la traction destinée à maintenir en place la valve supérieure ; et ce système primitif de traction fonctionne encore à ma clinique où il m'est d'une grande utilité.

Toutefois, je pensai que ce système de poulies ainsi disposé dans le plafond était peu susceptible d'être adopté dans le cabinet du médecin, d'abord à cause de l'étrangeté du moyen qui n'était pas fait pour l'orner, ensuite parce qu'il immobilisait toujours la place du fauteuil à spéculum. — Mon ami, le Dr R. Mesnet, eut alors l'idée d'installer une potence mobile à contre-poids caché dans l'intérieur, pouvant se mettre auprès du fauteuil, au moment de l'examen, et en fit construire une en bois. Mais cette potence avait comme inconvénients d'être volumineuse, de nécessiter une large base ; enfin, ce qui gênait le plus était qu'il fallait, pour ainsi dire, à chaque examen, chercher par tâtonnements la place exacte qui convenait, aussi dut-il l'abandonner. Je fis construire par M. Mathieu une potence en acier, d'une hauteur suffisante pour ne point gêner la malade qui s'installe et pouvant se fixer à droite ou à gauche d'une table ou d'un fauteuil dans une douille à frottement, qu'on visse vers le milieu du bord latéral, ce qui correspond au montant du fauteuil renversé dans les modèles de M. Dupont. Cette potence qu'on peut enlever à volonté reste fixée au fauteuil et le suit dans tous ses déplacements. Elle est formée d'une tige d'acier sur laquelle joue un poids creux d'un kilogramme. La corde servant à faire mouvoir le poids curseur monte le long de la tige, passe dans une gorge ménagée sur la partie supé-

rieure de la potence dans la concavité de laquelle elle glisse et sort par une extrémité tubulaire évasée en forme d'entonnoir. A une certaine hauteur la corde se fixe à un anneau destiné à recevoir le crochet de la valve supérieure et pour que cet anneau ne puisse ainsi suspendu, gêner la malade, je fixe à l'extrémité de la corde un contrepoids léger qui pend le long du fauteuil et fait tendre la corde dans une direction oblique dès qu'on l'abandonne.

Mode d'emploi.

Les valves se placent l'une après l'autre, l'inférieure la première. On doit la choisir aussi large que possible suivant les dimensions vaginales et y ajuster le tuyau de caoutchouc. Pour l'entrer, il faut conduire la valve selon la direction du vagin ayant soin de tenir le manche obliquement dirigé en avant. Ce n'est que quand la valve a pénétré profondément qu'il convient de ramener le manche en arrière dans une position verticale. Une fois la valve en place, on déprime le périnée et on l'abandonne après avoir ajusté au crochet le système de traction inférieur.

On place ensuite la valve supérieure ; pour cela, on choisit une valve analogue ou plus courte, selon que l'utérus est plus ou moins abaissé, mais dans tous les cas plus étroite. On glisse la valve supérieure dans la gorge que forme la valve inférieure ; en l'enfonçant jusque dans le cul-de-sac antérieur, on déplisse, sous l'œil qui la guide, la paroi antérieure du vagin et l'on met aisément à découvert le col utérin.

Cela fait, il suffit d'abaisser, de la main restée libre, l'anneau de la traction supérieure et d'y mettre le crochet de la valve qu'on abandonné ensuite.

Ainsi placées, les 2 valves se maintiennent parfaitement en position, donnant un écartement vaginal très suffisant, et l'opérateur conserve ses deux mains libres pour faire une irrigation vaginale. Il peut pratiquer, les valves étant en place, l'hystérométrie ainsi rendue plus facile, mesurer exactement, avec l'hystérocurvimètre Terrillon, la déviation utérine, et pratiquer dans la cavité de l'utérus tous les pansements qu'il juge nécessaires soit en abaissant, ou n'abaissant pas le col utérin.

Complément.

L'abaissement artificiel de l'utérus peut également s'obtenir au moyen

d'un contre-poids, ce qui laisse encore libres les mains de l'opérateur. Il suffit pour cela de disposer dans l'angle de la fenêtre une autre poulie à la partie supérieure de la croisée. Sur cette poulie glisse une corde fine qui suspend à sa partie inférieure un poids de 500 grammes, suffisant pour la traction (car un poids supérieur peut déchirer le tissu utérin), et terminée à sa partie réfléchie par un crochet qu'on adapte à l'anneau de la pince à traction.

La traction du col est ainsi rendue élastique et les pansements de la cavité utérine s'effectuent avec la plus grande facilité.

Enfin, un système analogue de traction, autrement disposé, peut encore servir à maintenir en place des écarteurs latéraux.

Conclusions.

En résumé, l'appareil d'ensemble représenté par la figure, auquel je donne le nom de *valves automatiques à manche tubulé*, permet l'écoulement facile des liquides employés pour les lavages antiseptiques du vagin et de la cavité utérine sans souiller aucun des vêtements de la malade.

Il établit le principe de la traction douce et élastique que peut donner un contre-poids. Il facilite les examens et permet tous les pansements de la cavité de l'utérus sans le secours d'aucun aide; d'une utilité incontestable pour la pratique journalière, il me rend depuis plusieurs mois les plus grands services.

VARIÉTÉS

Trois nouvelles doctoresses. — Les journaux de Vienne nous apprennent que trois sœurs viennent de passer en même temps leurs examens de doctorat en médecine. Ce sont Mlles Welt qui, nées à Czernowitz, viennent d'être reçues docteurs de l'Université de Vienne. Les deux sœurs aînées sont allées exercer en Amérique, tandis que la troisième reste dans sa patrie. Le nombre des doctoresses va sans cesse en augmentant. Est-ce un bien ou un mal? Dans tous les cas, à en juger par ce qui se passe en France, nous croyons peu à l'avenir de la doctoresse, au point de vue de la clientèle, bien entendu.

(*Gazette de Gynécologie.*)

La vertu de la femme. — Dans une récente et curieuse étude, Alexandre Dumas pose ce problème : Quelle passion résisterait à ce simple fait, le bout du nez de la bien-aimée devenant tout à coup ridiculement rouge ? L'amant ne lui pardonnerait-il pas plus facilement une infidélité ?

Ainsi, comme en une cour d'amour très moderne, il soulève des questions de dialectique amoureuse. Imaginez une femme belle, vertueuse, adorant son mari et se voyant menacée du nez rouge pour le reste de ses jours. Le diable intervient et lui propose de conjurer ce malheur en trompant une fois l'homme qu'elle aime avec un inconnu, protestant de sa discrétion. Lequel des deux accidents préférera-t-elle ? M. Dumas prétend qu'il a consulté sur ce point une jeune femme très honnête.

— Ce serait bien pénible, lui a-t-elle répondu, mais ce serait le devoir de cette femme, si elle aimait vraiment son mari, d'accepter la proposition du diable !

—

La prostitution a Vienne et a Bruxelles. — Le Dr Schrank, médecin de la police à Vienne, vient de publier, en deux volumes, une histoire fort intéressante de la prostitution à Vienne.

Nous emprunterons à ce travail quelques chiffres qui, mis en rapport avec ceux que nous avons recueillis nous-même, prouveront que, à Vienne comme à Bruxelles, la prostitution clandestine est en progrès, et que c'est à elle que l'on doit attribuer le nombre sans cesse croissant des affections vénériennes.

Reconnaissant que la prostitution est une chose légale et nécessaire, une loi de 1873 institua à Vienne une réglementation sanitaire et administrative, dont la base est l'inscription et la visite corporelle des prostituées.

Il y avait à Vienne, en 1850, 1345 prostituées connues ; en 1863, 1988; en 1873, on délivre à 1546 filles des livrets de santé ; en 1885, il existe 1530 prostituées inscrites. Mais à côté de la prostitution tolérée et surveillée qui, on le voit, est en décroissance, la prostitution clandestine s'épanouit dans toute sa splendeur ; elle revêt à Vienne comme chez nous, comme dans toutes les grandes villes, les formes les plus diverses ; elle s'exerce dans les cafés, les brasseries, les maisons de passe, les arrière-boutiques des magasins de gants, de cigares, etc. Et ces prostituées clandestines échappent le plus souvent à tout contrôle, à toute surveillance jusqu'au jour où, à la suite de dénonciations, la police fait des descentes dans les maisons suspectes.

En 1880, 3586 filles clandestines ont été arrêtées ; 3984 en 1881 et 5545

en 1882. Sur ce nombre, 444 filles ont été reconnues syphilitiques, en 1880 ; 452 en 1881 et 478 en 1882.

C'est-à-dire que près du dixième des prostituées clandestines ont été reconnues atteintes de syphilis. La plupart des autres, ont peut l'affirmer sans crainte d'exagération, étaient atteintes d'affections blennorrhagiques.

En présence de tels chiffres, que nous soumettons aux réflexions de messieurs les membres de la Société de moralité publique, adversaires de la réglementation de la prostitution, est-il possible de nier la nécessité absolue de cette réglementation, de l'inscription des filles et des visites corporelles, répétées le plus souvent possible.

Ce qui est vrai à Vienne, que l'on ne s'y méprenne point, l'est aussi à Bruxelles. Qu'on en juge par ces chiffres empruntés à nos registres de clinique.

Il résulte en effet d'une enquête faite par nous que, en 1888, sur 257 hommes infectés, 192 l'ont été par des vénériennes libres, non cartées, 65 par des femmes inscrites.

Nous ferons remarquer que nous ne faisons entrer en ligne de compte dans cette statistique, que les cas dans lesquels nous avions affaire à des individus intelligents, capables de nous renseigner exactement sur la source de leur infection.

75 pour cent par conséquent de ces malades ont été infectés par des prostituées clandestines.

Il n'en faut pas dire davantage pour faire comprendre combien serait préjudiciable à la santé publique la réalisation des désirs de ceux qui, au nom de la liberté, veulent abolir la réglementation de la prostitution.

(*La Clinique.*)

BIBLIOTHÈQUE

I. — **Du traitement de la névralgie sciatique par les eaux et boues minérales de Dax,** par le Dr H. Larauza. Paris, 1889.

II. — **Trépanation pour hémorrhagie cérébrale,** par le Dr Just Lucas-Championnière. Paris, 1889.

III — **Traité de petite chirurgie gynécologique,** par Paul Mundé, traduit sur la 2e édition anglaise, par E. Lauwers, Bruxelles, A. Manceaux, 1890.

Le traité de petite chirurgie gynécologique de Mundé est rapidement devenu classique en Amérique, où il a eu plusieurs éditions en quelques années ; la précision des idées, la clarté de l'exposition sont des qualités de

premier ordre dans une œuvre de ce genre et ces qualités, Mundé les possède au plus haut degré. Aussi devons-nous tout d'abord féliciter M. Lauwers de nous avoir donné une traduction française de cet ouvrage qui sera d'une grande utilité à tous ceux qui veulent apprendre les maladies des femmes. Hâtons-nous d'ajouter que le traducteur s'est acquitté de sa tâche avec la conscience et l'habileté qui lui sont habituelles et dont il a déjà donné maintes fois les preuves. La traduction que nous présentons à nos lecteurs a été éditée avec le plus grand soin par M. Manceaux ; les nombreuses figures qui ornent le texte sont la reproduction exacte des figures de l'édition originale, ainsi que cela devrait toujours se faire en pareil cas.

Le traité de petite chirurgie gynécologique de Mundé commence par des considérations générales sur le diagnostic et le traitement des affections gynécologiques et par des conseils excellents sur l'examen verbal dont l'importance est trop souvent méconnue.

La première partie est consacrée à l'examen gynécologique : procédés d'examen local, positions à donner à la femme, tables pour l'exploration, examen pratiqué sans instruments, exploration à l'aide d'instruments. Nous noterons spécialement les paragraphes consacrés à l'exploration de l'urèthre, de la vessie et des uretères, à l'emploi de la curette dans un but de diagnostic.

La deuxième partie comprend les indications et le manuel opératoire des opérations de petite chirurgie : cathétérisme de la vessie, dilatation de l'urèthre, injections dans la vessie, applications médicamenteuses sur le vagin et sur le col de l'utérus, tamponnement du vagin (le mot est pris ici dans le sens le plus large, il comprend à la fois les pansements et le tamponnement proprement dit) ; applications sur l'endométrium, dilatation de l'utérus et réduction des ovaires déplacés, pessaires, injections hypodermiques d'ergot.

Enfin, la troisième partie traite des opérations de la déchirure du col, de la déchirure du périnée, la rectocèle et le prolapsus de l'utérus et du vagin.

On voit, par cette simple énumération, que l'ouvrage de Mundé s'adresse à tous les praticiens et comprend les opérations les plus fréquemment indiquées en gynécologie ; nous nous permettrons seulement de regretter que l'auteur ait omis, à dessein sans doute, les applications électriques, les opérations vulvaires (contre les papillomes, les tumeurs malignes, les hypertrophies des lèvres, les imperforations de l'hymen), les amputations du col, les ablations de polypes utérins. Cette lacune sera comblée, nous l'espérons, dans la prochaine édition, qui, nous n'en doutons pas, ne tardera pas à paraître.

J. B.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

41. — Résultats de la répression de la menstruation, par le Dr Gehrung. — Il est démontré, par une expérience de plusieurs années et d'une foule de cas, que la menstruation peut être réprimée et supprimée chirurgicalement par des tampons vaginaux ou intra-utérins, en toute sécurité, dans tous les cas où la malade ne peut pas supporter la perte de sang qui accompagne l'ovulation. Un pareil traitement peut être très profitable au point de vue curatif ou prophylactique.

Une perte de sang n'est pas absolument nécessaire comme accompagnement de la menstruation, et des pertes exagérées peuvent engendrer l'anémie. Dans ces derniers cas, le tampon vaginal ou utérin est un bien meilleur hémostatique que le seigle ergoté ou tous les autres moyens pharmaceutiques. Bien appliqué, il n'a aucune action sur le système nerveux et n'introduit aucun poison dans l'organisme.



42. — La Glycérine contre la constipation. — Anacker a reconnu que l'unique principe actif du célèbre purgatif de Oidtmann est la glycérine. 4 à 8 grammes de glycérine injectés dans le rectum produisent subitement la défécation. Dans les cas de constipation chronique, on se trouvera bien d'injecter dans le rectum 5 grammes de glycérine, au moyen d'une petite seringue à bout en olive. Ce procédé ne pourra pas être appliqué dans le cas d'ulcérations rectales.

Vainossy a employé la glycérine comme purgatif dans 150 cas, chez des personnes des deux sexes, de 6 à 70 ans. Une seringue de la capacité de 5 cent. cubes, avec un bec de 5 cent. de largeur, est remplie de glycérine et vidée dans le rectum. L'application est simple, non douloureuse, et l'effet est surprenant. (*Annali di Chimica e di Farmacologia*, Guigno 1881, 384.)

Cette méthode d'administration de la glycérine n'est pas nouvelle et il y a longtemps que nous l'employons avec succès dans tous les

cas où la constipation est due à la formation d'une sorte de bouchon de matières fécales qui s'accumule dans l'ampoule rectale. (J. C.)

***

43. — Solution contre les crevasses du mamelon. (Monti.)

Gutta-percha........................ 2 grammes.
Chloroforme........................ q. s. pour dissoudre.

Avec un pinceau imbibé de cette solution, on touche les points excoriés du mamelon. Il se forme alors, sur la crevasse, une pellicule protectrice qui ne se détache pas, même après la tétée. — N. G.

***

44. — Terreurs nocturnes chez les enfants ; traitement. — Le Dr A. Ollivier, médecin de l'Hôpital des enfants malades, indique, en ces termes, la conduite à suivre dans le traitement de ces frayeurs :

« Les enfants qui en sont atteints sont des nerveux ; traitez-les comme tels. Ne leur prescrivez pas d'emblée des douches et des lotions froides, car elles excitent. Il vaut mieux avoir recours aux bains tièdes de 10, 20 et même 30 minutes ; aux sédatifs ordinaires du système nerveux ; aux bromures, que l'on donnera en solution aux doses de 1/2, 1 et même 2 grammes, suivant l'âge des petits malades. La valériane et les préparations qui en dérivent. Le chloral et l'antipyrine peuvent également rendre des services. L'opium ne vaut rien. Il n'est pas plus indiqué, dans les conditions actuelles, que dans aucune affection du système nerveux chez les enfants. »

Nous ajouterons que le sulfonal, à la dose de 10 à 20 centigrammes, administré une à deux heures avant le coucher, est un pompt et puissant moyen de dissiper ces fantômes qui terrorisent les enfants pendant leur sommeil.

Il est utile de porter aussi son attention sur le régime de l'enfant. Considérant la faiblesse héréditaire de son système nerveux, il ne faut pas permettre une alimentation de nature à trop exciter le plexus solaire pour que celui-ci, par réflectivité, n'aille pas ébranler le cerveau. (*Journal d'accouchements.*)

***

45. — Tisane de blé dans la gastro-entérite des enfants, par le Dr Dupré (de Reims). — Hippocrate, il y a 2,500 ans, recommandait la tisane comme utile dans les fièvres, c'était une décoction d'orge ; nous avons donné la préférence à la *tisane de blé ;* nous dirons tout à l'heure pourquoi.

La tisane de blé est ainsi composée :

Blé....................	une cuillerée à soupe.
Gruau d'avoine.........	ãã une 1/2 cuillerée à soupe.
Orge...................	

On fait bouillir le tout dans un litre d'eau, on laisse réduire d'un quart après avoir salé légèrement, enfin on passe et on sucre.

Nous obtenons ainsi une mixture d'un blanc jaunâtre, d'une consistance un peu mucilagineuse que les enfants prennent volontiers sans jamais manifester de dégoût. En dehors de ses qualités nutritives, cette tisane contient des éléments minéraux qui permettent à l'enfant de réparer les pertes résultant de la désassimilation des matières minérales dans les cellules, matières qui jouent le rôle de médiatrices dans les échanges organiques.

L'enfant est soumis à cette alimentation unique pendant 4, 5, 6 jours et plus, et quand au bout de ce temps, les vomissements et la diarrhée ont entièrement cessé, que les selles ont repris leur teinte jaune habituelle, et qu'enfin l'état de l'enfant nécessite une alimentation plus substantielle, nous nous sommes bien trouvé d'un mélange de trois cuillerées à soupe de bouillon de bœuf dégraissé pour une cuillerée de lait. Ce mélange peut être renouvelé aussi souvent qu'on le jugera convenable ; il a le double avantage d'être toléré et d'être pris sans dégoût.

La tisane de blé ne devra jamais être réchauffée, il faudra la préparer au moment de s'en servir, sinon, comme elle fermente facilement, elle deviendrait nuisible.

Nous ne donnons que rarement les eaux de Vichy ou de Vals pour couper le lait, parce que nous avons remarqué que ces eaux sont souvent la cause de la persistance de la diarrhée.



46. — Comment le médecin doit soigner la peau de ses mains. — Les lavages fréquents avec ou sans antiseptique irritent la peau, produisent des excoriations ou des rougeurs.

M. Meyer conseille de frotter les mains après les avoir lavées et séchées, avec une des pommades suivantes qui lui ont été conseillées par le professeur Leibreich : 1° lanoline, 50 grammes ; vanilline, 50 grammes ; essence de rose, une goutte ; 2° lanoline, 100 grammes ; paraffine, 25 grammes ; vanilline, 1 centigramme ; essence de rose, 1 goutte.

(*Berliner klin. Woch.*)

***

47. — Collutoire contre la diphthérie. (VEILLARD.)

Glycérine	60 gram.
Alcoolature d'eucalyptus	} ââ 4 —
Alcoolature de feuille de noyer	}
Acide salicylique	} ââ 2
Borate de soude	}

***

48. — Traitement des hémorrhoïdes par la chrysarobine. (KOSSOBUDSKI.) — M. le docteur Kossobudski a utilisé avec succès, dans un très grand nombre de cas d'hémorrhoïdes, le moyen préconisé par M. Unna.

Dans le cas où les tumeurs hémorrhoïdaires sont externes, il emploie la chrysarobine de la façon suivante :

Chrysarobine	80 centigr.
Iodoforme	30 —
Extrait de belladone	60 —
Vaseline	25 grammes.

F. S. A. — Usage externe.

Mettre une petite quantité de cette pommade plusieurs fois par jour sur les hémorrhoïdes, après lavage préalable avec une solution d'acide phénique à 1/50 ou de créoline à 1/100.

Si les hémorrhoïdes sont internes, on se servira des suppositoires suivants :

Chrysorabine	8 centigr.
Iodoforme	2 —
Extrait de belladone	1 —
Beurre de cacao	2 grammes

F. S. A. pour un suppositoire.

En trois ou quatre jours, les douleurs et les hémorrhagies disparaissent, et il est rare qu'après deux ou trois mois la guérison ne soit pas complète.

(*Semaine médicale*).

***

49. — Pilules emménagogues.

Valériane pulvérisée	} àà 2 gram.	
Safran pulvérisé		
Ethiops Martial	4 —	
Sirop d'armoise et gomme pulv	q. s.	

Pour faire 40 pilules. — Chaque jour, on fait prendre aux trois repas une de ces pilules d'abord, puis deux, et même davantage, aux jeunes filles chlorotiques dont les règles tardent à s'établir régulièrement.

(*Gaz. de Gyn.*)

***

50. — La congestion pelvienne en opposition à l'inflammation du bassin. — Le nom d'inflammation chronique du bassin, que l'on emploie très fréquemment, est très souvent pris en abus.

La plupart du temps, les phénomènes que l'on observe dans ces cas, sont plutôt ceux de la congestion pelvienne que ceux de l'inflammation.

L'inflammation s'accompagne de fièvre et de douleurs, elle a pour résultat, soit la résolution, soit la suppuration, soit encore une masse indurée à laquelle on donne spécialement le nom d'inflammation chronique. Avec cette induration coexiste toujours une certaine congestion veineuse par empêchement de la circulation. Cette congestion veineuse engendre, la plupart du temps, une hypernutrition et de l'hyperplasie. Les organes et tissus pelviens peuvent être englobés dans cette masse et les malades sont susceptibles d'avoir de nouvelles attaques d'inflammation aiguë. Le Dr Gordon a remarqué que lorsqu'un tel état de congestion veineuse existe et lorsque une opération sur le col de l'utérus est nécessaire, il est de toute importance de faire ses efforts pour décongestionner l'utérus et les tissus avoisinants.

Dans ce but, le Dr Gordon ne craint pas de laisser saigner abondamment la plaie pendant l'opération. Souvent même, il fait précéder,

dans ce même but, les opérations sur le col de l'utérus, d'un curettage intra-utérin de toute la membrane muqueuse, et cette méthode lui a donné des résultats très satisfaisants.

(*Gaz. de Gyn.*)

***

51.— Désinfection du vagin.— Dans les *Archives de Tocologie*, le Dr Auvard rappelle les expériences de Steffelk sur la désinfection du vagin. Ces expériences démontrent l'insuffisance de l'injection « classique ». Avant et après chaque injection de un litre de sublimé à 1/3000, Steffelk place le spéculum et va recueillir quelques gouttes de mucosités existant à l'orifice externe de l'utérus ; puis il constate, par la culture, si ce liquide contient ou non des microbes. Voici le résultat des expériences de Steffelk, traduit littéralement :

« J'ai commencé par des injections du vagin, comme on les pratique si souvent, avec un litre de liquide. Trois expériences. Résultat : après la désinfection (c'est-à-dire l'injection), *il existait autant de microbes qu'auparavant.*

2° Lavage du vagin avec l'aide d'un doigt. Quatre expériences. Résultat : moins de colonies microbiennes qu'avant la désinfection ; toutefois, elles sont encore abondantes.

3° Lavage du vagin avec l'aide de deux doigts. Cinq expériences. Résultat : dans trois expériences, les colonies de microbes se développèrent à la suite ; dans deux, la culture resta stérile.

4° Lavage du vagin et de la partie inférieure du col utérin. Un doigt fut introduit dans le col, aussi loin que possible, pendant que l'autre doigt nettoyait la paroi vaginale antérieure ; puis la position du doigt fut modifiée : l'antérieur, précédemment libre, était introduit dans le col, et le postérieur allait à son tour frotter la paroi vaginale inférieure. Le courant du liquide était dirigé directement vers l'orifice extérieur de l'utérus. Trois expériences. Résultat : tous les tubes restent stériles après la désinfection vaginale, même quand auparavant cinquante ou cent colonies étaient développées. »

En conséquence de ces expériences, le Dr Auvard recommande l'emploi d'un anneau en caoutchouc, que l'on pose à l'indicateur, et auquel est adapté l'extrémité d'un tube par où coule le liquide désinfectant. Avec l'index, on frictionne les parois, que le jet du liquide arrose constamment. La curette pour le grattage utérin peut aussi être creusée d'un canal par où s'écoule le liquide antiseptique.

***

52. — Accouchement prématuré artificiel provoqué par les tampons iodoformés. — M. le Dr CHENEVIÈRE *indique*, dans la *Revue médicale de la Suisse Romande*, un procédé simple pour provoquer l'accouchement prématuré. Après désinfection complète du vagin, un spéculum de Cusco est appliqué, puis on introduit dans l'orifice du col vingt petits tampons iodoformés, qui sont refoulés aussi haut que possible en partie jusqu'au-dessus de l'orifice interne, au moyen d'une grosse sonde en métal. Deux gros tampons de coton phéniqué sont placés devant la portion vaginale. Deux heures après, les douleurs commencent et l'accouchement a lieu le soir même dans de très bonnes conditions. Les suites ont été favorables.

Dans un cas, la même application fut faite, mais le soir, les tampons étant tombés dans le vagin, de nouveaux tampons furent introduits dans le col; l'accouchement eut lieu le lendemain matin et ses suites furent normales.

Dans ces diverses observations, la grossesse était arrivée au huitième mois environ.

***

53. — Traitement de l'incontinence nocturne d'urine par les courants induits, par M. H. PICARD. — Un enfant de 13 ans, né d'un père bien portant et d'une mère nerveuse, mais lui-même d'une bonne santé, urine au lit depuis sa naissance. Tout a été tenté en vain, même la circoncision.

A partir de janvier 1888, je fais deux applications de courants induits par semaine, de 2 minutes environ ; un pôle dans la région membraneuse de l'urèthre ; un autre sur l'hypogastre. Aucune amélioration pendant les six premières semaines ; mais à partir de ce moment, quelques intermittences qui deviennent de plus en plus fréquentes, si bien qu'au mois de mai l'enfant paraît complètement guéri. Et, en effet, jusqu'au mois d'août l'incontinence ne reparaît pas.

A cette époque, départ au bord de la mer. Dès la première nuit, réapparition des mictions nocturnes, qui se répètent pendant deux mois.

A cette époque, reprise de l'électricité, dans les mêmes conditions

qu'auparavant; cessation nouvelle de l'incontinence au bout d'un mois à peu près et cela dure deux mois.

En janvier, quelques mictions reparaissent la nuit. L'électricité est appliquée de nouveau pendant quelques semaines avec le même succès, si bien qu'aujourd'hui le malade semble de nouveau guéri depuis plusieurs mois.

***

54. — Inglivine contre le vomissement de la grossesse. — Le Dr Papp (*Pester med.-chir. Presse*, 1888, nº 40) prescrivit avec succès, dans un cas de vomissement opiniâtre chez une femme enceinte, 0 gr. 5 d'ingluvine, à prendre une demi-heure avant le repas : immédiatement après, il administra deux cuillerées à bouche d'une solution d'acide chlorhydrique à 1 %. Le vomissement disparut complètement.



55. — Onctions contre la variole. (Hartge et Weidenbaum.)

Onguent gris........................	1	partie.
Savon de potassse..................	2	—
Glycérine............................	4	—

M. S. A.

Ces applications étaient faites sitôt qu'apparaissaient les pustules varioliques. Il en résultait souvent un arrêt d'évolution des pustules.

Quand celles-ci étaient déjà en voie de suppuration, elles se desséchaient plus rapidement sous l'influence du traitement topique. Naturellement les applications de la pommade mercurielle demandent à être surveillées, à cause des dangers de stomatite.



56. — Du racourcissement des ligaments ronds par la méthode d'Alexander, par M. le Dr Zajatsky. — Dans douze cas suivis de guérison, les indications de l'opération ont été : dans 7 cas descente de l'utérus avec rétroflexion, dans 2 cas rétroflexion, dans 2 cas prolapsus utérin avec rétroflexion incomplète, dans 1 cas prolapsus utérin incomplet, dans 1 cas prolapsus utérin avec antéversion chez une jeune femme. D'après ces faits et d'autres, l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

L'opération d'Alexander est sans danger pour la vie des opérées.

Elle donne des résultats plus rapides et plus durables dans la rétroflexion que les pessaires, le massage et l'électricité.

Dans les cas de prolapsus utérin, de déchirures du périnée ou d'hypertrophie du col (portion vaginale), elle doit être précédée d'amputation et de colpopérinéorrhaphie.

Après l'opération, la malade doit être maintenue huit jours dans le décubitus dorsal, les jambes étendues (d'après Alexander trois semaines avec les jambes fléchies) et, dans les premiers temps où elle se lève, il est utile de porter un pessaire pendant un mois. La grossesse chez les opérées est aussi normale que l'ordinaire. (*Méditsinskojé Obosrenié*, n° 1 1889.)



57. — Des indications du tampon vaginal en obstétrique, par M. Greene. — Ce tampon, d'ouate, glycériné, est vulgaire.

M. Greene lui trouve, après d'autres accoucheurs, de grands avantages pour arrêter l'avortement et soutenir l'utérus, pour combattre les hémorrhagies post-partum, prévenir l'avortement et conduire la grossesse à terme dans les cas d'utérus irritable ; pour combattre les vomissements de la gravidité chez les femmes neurasthéniques ; enfin, pour prévenir le renversement utérin après la délivrance. Voilà certes des indications multiples. Quelle que soit sa valeur, le procédé est simple et mérite d'être employé. (*Boston Med. and Surg. Journal* 1889, n° 18.)



58. — De la désinfection des organes génitaux en obstétrique et en gynécologie, par MM. Doderlein et Guther. — Le premier de ces observateurs déclare que l'irrigation vaginale avec la solution de bichlorure de mercure ou l'acide phénique ne réalise pas la désinfection. Il préfère la solution créolinée à deux pour cent et celle de molline.

Conformément à ces conclusions, M. Gunther a employé la méthode suivante :

Il irrigue le vagin, dès le début du travail, avec une solution composée d'un quart d'une émulsion de créoline à trois pour cent et de

molline. Les lèvres sont rapprochées, et on fait séjourner le liquide dans la cavité vaginale pendant le plus longtemps possible. En prenant ces précautions, il n'a pas observé un seul cas d'infection puerpérale (*Archiv. fur. Gynæk.*, Bd. 34, Hebt. 1. 1889.)



59. — De l'emploi et des indications des injections de sublimé et de créoline en obstétrique, par M. le Dr Garrigues. — Dans ce long mémoire où se trouvent des observations nombreuses, l'auteur établit les faits suivants qui sont d'un intérêt pratique incontestable :

1° Pour les injections intra-utérines et vaginales, il faut faire usage de solutions de bichlorure de mercure titrées au cinq millième au moins.

2° Il faut avoir soin d'évacuer complètement le liquide antiseptique hors du vagin et de l'utérus.

3° Leur emploi est inutile après les accouchements normaux.

4° Les injections intra-utérines ne doivent être répétées que deux fois au plus dans les vingt-quatre heures. De plus, il faut surveiller avec soin l'absorption du liquide et cesser son emploi dès les premiers signes de mercurialisation.

5° L'anémie, l'avortement, la diarrhée et les maladies des reins en contre-indiquent l'emploi.

6° Les accidents sont aussi à craindre quand on remplace le sublimé par l'acide phénique.

7° Par contre, M. Garrigues recommande la créoline, dont les propriétés antiseptiques sont fidèles, dit-il, la toxicité faible et les vertus hémostatiques manifestes. (*The american med. Journal*, p. 128, août 1889.)



60. — Traitement du muguet par la saccharine, par M. le docteur Maurice Fourrier, de Compiègne. — M. le docteur Fourrier a eu l'idée de traiter dix cas de muguet consécutif à la rougeole, par des badigeonnages avec une solution de saccharine (1 gramme pour 50 grammes d'alcool à 40 degrés) ; chez huit des malades ainsi traités, les plaques du muguet ont disparu en vingt-quatre ou trente-

six heures ; chez les deux autres, elles ont résisté trois jours. M. Fourrier a pratiqué cinq badigeonnages par jour.

M. Guillery, pharmacien à Compiègne, en préparant la solution ci-dessus formulée, eut la curiosité de la goûter à plusieurs reprises ; le soir même, il éprouva dans la bouche une sensation d'ardeur, et il se produisit, le lendemain, une éruption aphteuse très intense, qui persista pendant cinq jours. M. Fourrier pense que cet accident doit mettre les médecins en garde contre l'emploi de solutions de saccharine plus concentrées que celle dont il a fait usage.

***

61. — Traitement des gerçures du sein par l'hydrate de chloral. (J. Mitropolsky.) — L'auteur dit avoir obtenu les meilleurs résultats de l'emploi de compresses imbibées d'hydrate de chloral en solution.

Le médicament n'empêche pas l'apparition des gerçures, mais il amène la guérison sans qu'il y ait lieu d'interrompre l'allaitement ; enfin, il supprime les souffrances.

Voici la formule employée par notre confrère :

Hydrate de chloral..........	75 milligr.
Eau.......................	90 grammes.

***

62. — Etude sur les inhalations d'oxygène dans la diphthérie, par M. le docteur T. Gonthier.— *Conclusions.*— Dans les diverses formes de la diphthérie, l'oxygène pur, employé en inhalations, paraît avoir des effets généraux très favorables. Lorsque la pureté du gaz est absolue, on en peut faire l'application par quantités considérables, sans qu'aucun inconvénient en résulte. Dans le croup, les mêmes phénomènes d'augmentation du pouls et de la température, signalés chez l'homme sain soumis à l'influence de l'oxygène, se reproduisent avec de très légères variantes. La respiration est notablement accélérée dans son rythme par les inhalations du gaz ; la dyspnée des diphthéritiques paraît même tendre à se transformer le plus fréquemment en polypnée quand l'oxygène est respiré. L'oxygène a une action régulatrice marquée sur la respiration altérée dans la diphthérie. Ce gaz a une influence vivifiante propre à régler les désordres de la mécanique respiratoire ; cependant, la polypnée persiste malgré

une ventilation ou une suroxygénation pulmonaire intense. A titre de stimulant puissant des fonctions, l'oxygène a une indication toute marquée dans la diphthérie où le mauvais état général rend le plus souvent la résistance organique inefficace. Dans la diphthérie (comme à l'état de santé), les phénomènes d'accélération n'ont qu'une durée limitée au temps même des inhalations : les effets du gaz disparaissent rapidement quand son administration est suspendue.

***

63. — Constipation des enfants. — 1° *Constipation des nouveau-nés :*

MM. Monti et Widerhofer, de Vienne, conseillent la formule suivante :

Mannite cristallisée....................	10 gr.
Eau distillée..........................	100 gr.

Une cuillerée à café toutes les heures.

M. Wiethe (Vienne) donne la formule suivante :

Racine de rhubarbe pulvérisée..................	3 à 5 gr.
Carbonate de magnésie..........................	3 à 5 gr.
Oléo-saccharine de fenouille ou d'anis............	5 gr.

Une pincée 3 fois par jour.

2° *Constipation des enfants de deux à quatre ans :*

Sirop purgatif (Eloy).

Citrate de magnésie..............................	30 gr.
Sirop de cerises, de limons, etc..................	40 gr.
Eau distillée..................................	60 gr.

Ce mélange est administré additionné d'eau de seltz et très bien supporté par les enfants.

***

64. — Prurit sénile. (E. Besnier.) — 1° Conseiller l'usage des bains amidonnés ou d'eau de son ;

2° Lotionner tous les soirs la surface du corps avec l'eau chauffée à 40°, et additionnée de deux cuillerées de la solution suivante :

Acide phénique...............................	4 gr.
Vinaigre aromatique..........................	200 —

3° Saupoudrer ensuite avec le mélange suivant :

Salicylate de bismuth...........................	20 gr.
Amidon..	90 —

Ou bien :

Acide salicylique finement pulvérisé..............	20 gr.
Amidon..	90 —

Dans une de ses leçons, M. Besnier a recommandé d'appliquer ces poudres par de légères frictions sur la peau des régions malades.



65. — Traitement antiseptique de la variole. — M. Bianchi décrit dans *Lo Sperimentale*, juin 1889, le traitement « antiseptique » qu'il a employé avec plein succès dans 96 cas de variole, dont 22 légers, 39 graves et 15 très graves.

On commence par un grand bain tiède de solution d'acide borique au 1/20, bain dans lequel le malade est savonné soigneusement avec un savon antiseptique.

Ensuite pendant toute la durée de la variole, tout le corps est lavé une à quatre fois par jour (selon la période de la maladie) avec une solution de sublimé au 1/1000 ou d'acide borique au 1/20. Ces lavages sont suivis d'onctions avec de la vaseline iodoformée à 1 et jusqu'à 5 %, selon la gravité du cas. Toutes les pustules sont ouvertes avec une aiguille rendue aseptique et leur contenu soigneusement évacué.

Le malade est enveloppé dans des pièces de linge aseptique que l'on change fréquemment et tous les objets qui l'entourent, le plancher et les murs de la chambre sont lavés tous les deux jours avec une solution de sublimé au 1/200.

Ce traitement diminue notablement la durée de la période d'éruption, empêche les hyperthermies prolongées, prévient les suppurations locales graves, les cicatrices indélébiles et les complications du côté des viscères; il procure au malade un bien-être relatif et une convalescence rapide.

Il a, en outre, une grande valeur prophylactique: il rend difficile la transmission directe du contage aux personnes qui craignent le malade et rend complètement impossible la contagion à distance, car le malade lui-même, son lit et l'air qui l'entoure sont constamment maintenus dans un état d'asepticité parfaite.

* * *

66. — De l'emploi du perchlorure de fer contre la diphthérie, par le D[r] GOLDSCHMIDT (de Strasbourg). — L'auteur élimine d'abord les badigeonnages qui, en dilacérant les fausses membranes, ouvrent à l'ennemi une porte d'entrée. Les douches nasales, grâce à leur facilité d'exécution, peuvent être employées. — Dans les cas où les fausses membranes sont limitées à la cavité buccale, l'auteur se contente de faire avaler toutes les deux heures une cuillerée à café de la solution Schaller et, quelques minutes après, un peu de lait ou de bouillon. Si le malade est docile, on pourra toucher les fausses membranes toutes les deux ou trois heures, mais sans les froisser, avec une solution de perchlorure de fer. M. Goldschmidt ne croit pas à une vertu particulière du perchlorure de fer en tant que spécifique; ses bons effets ne seraient dus qu'à son action directe sur les fausses membranes. Il est donc inutile d'employer ce médicament lorsque l'affection est purement laryngée.



67. — Influence du permanganate de potasse sur la menstruation. — M. STEPHENSON publie dans le *British medical Journal* un travail sur l'influence exercée par le permanganate de potasse sur la menstruation.

Le médicament était donné à la dose de 30 centigrammes par jour en pilules pendant deux ou trois mois.

Chez 22 malades qui étaient réglées, mais très irrégulièrement, 12 fois le permanganate amena la régularité de la menstruation; il échoua complètement 8 fois, et 2 fois les règles qui étaient devenues régulières, redevinrent irrégulières au bout d'un certain temps.

Dans 21 cas où les règles étaient régulières, mais très peu abondantes, le permanganate augmenta 11 fois la quantité de sang perdu à chaque menstruation; il échoua dans les 10 autres cas.

Enfin, chez la plupart des malades, le médicament a amené la disparition ou tout au moins la diminution des phénomènes douloureux qui accompagnaient chaque menstruation (douleurs abdominales, céphalalgies, etc.).

Le permanganate de potasse a également réussi à régulariser des règles qui se montraient trop fréquemment et avec trop grande abondance. Il a aussi produit de bons résultats dans les cas de leucorrhée rebelle.

En résumé, le permanganate de potasse est un médicament qui

exerce une influence bienfaisante sur la fonction de la menstruation quand elle est troublée. Il ramène la régularité dans les règles; quand le sang est perdu trop abondamment, il en diminue généralement la quantité. Enfin, il fait disparaître les douleurs pelviennes qui accompagnent chaque menstruation et supprime les leucorrhées.

Le permanganate de potasse semble produire une action directe sur les organes de la reproduction, comme l'ergot de seigle sur l'utérus, comme la digitale sur le cœur. Il paraît agir sur le système vaso-moteur dont il augmente la tonicité. La preuve, c'est qu'il produit d'excellents effets chez les personnes qui ont les mains froides et violacées; sous l'influence du permanganate, la circulation se fait mieux et le refroidissement des extrémités diminue.

(*Gaz. de Gyn.*)



68. — Phénacétine contre la coqueluche (M. Heimann). — M. Heimann administre la phénacétine dans la coqueluche avec le plus grand succès; il l'emploie à la dose journalière de 0 gr. 10 centigrammes à 0 gr. 40 centigrammes, administrée en quatre fois.

Employé même chez des enfants en bas-âge; ce médicament s'est montré très actif et n'a jamais présenté le moindre inconvénient.

FORMULAIRE

Traitement des rétroversions adhérentes par le massage.

(Jules Chéron.)

Le traitement des rétroversions adhérentes est loin d'être aussi facile qu'on le croit généralement.

L'opération d'Alexander, qui peut avoir son utilité dans les cas de rétroversion avec exagération de la mobilité normale de l'utérus n'est d'aucun secours et échoue constamment dans les cas de rétroversion adhérente; l'hystéropexie vaginale est condamnée d'avance au même insuccès dans les cas dont nous parlons.

Le moyen qui m'a donné les meilleurs résultats, et qui est destiné à remplacer ou mieux à compléter tous les autres, c'est le massage de l'utérus.

Mais le massage ne doit venir qu'à son heure, après que l'on a

tonifié l'organisme, après que l'on a éteint toute sensibilité locale et guéri les lésions inflammatoires de l'utérus et des annexes.

Lorsque, par une série de moyens thérapeutiques que je n'ai pas à discuter ici, les organes sont devenus tolérants, voici comment je procède :

Je commence par mobiliser la matrice par la position génu-pectorale, d'abord employée seule, puis associée à des manœuvres de réduction manuelle ; je n'entreprends le massage proprement dit que lorsque les organes pelviens peuvent être facilement distingués les uns des autres par l'examen bi-manuel et portés, sans douleur, en haut et en avant, derrière la symphyse pubienne.

Deux doigts de la main droite sont introduits dans le vagin et placés dans le cul-de-sac postérieur, aussi profondément que possible, de façon à porter en haut et en avant le corps de l'utérus. Il faut, pour cela, agir sur la portion sus-vaginale du col, en déprimant fortement le cul-de-sac de Douglas.

La main gauche, placée sur l'abdomen, au-dessus du pubis, reconnaît facilement le fond de la matrice. C'est alors que je procède aux frictions et aux pressions de l'utérus, par l'intermédiaire de la paroi abdominale, le massage étant fait uniquement avec la main gauche, les doigts de la main droite restant complétement immobiles.

C'est à peu de chose près le manuel opératoire conseillé par M. Norstroem, mais je diffère de la pratique habituelle des masseurs spéciaux en ce que je ne fais jamais plus de 2 à 3 séances de massage par semaine. Dans les cas où j'ai voulu essayer le massage quotidien, j'ai dû y renoncer rapidement à cause des douleurs et des fatigues éprouvées par les malades.

Après chaque séance, j'applique un pansement glycéro-tannique sur le col de façon à empêcher toute réaction inflammatoire. Le pansement peut du reste agir mécaniquement, à la manière d'un pessaire, pour soutenir momentanément l'utérus et le maintenir en bonne position.

Pratiqué à son heure, avec la prudence nécessaire, le massage rend de très grands services dans les rétroversions adhérentes dont il termine la guérison ; dans ce cas, comme dans toutes les vieilles adhérences cicatricielles, péri ou paramétriques, aucun autre moyen ne peut lui être comparé.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont Oise).— Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André

REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE
DES
MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

DE L'ASSOCIATION DE L'IGNIPUNCTURE PROFONDE DU COL DE L'UTÉRUS ET DU CURETTAGE DE LA CAVITÉ UTÉRINE.

Il n'y a qu'un petit nombre d'années que nous connaissons la fréquence des hyperplasies de la muqueuse de la cavité utérine; il y a moins longtemps encore que nous sommes pénétrés de l'importance capitale des infections de cette même muqueuse. La gynécologie est entrée dans des voies nouvelles à partir du jour où l'on a compris que non seulement les lésions du parenchyme utérin, mais encore les lésions des trompes et des ovaires, la pelvi-péritonite, la cellulite pelvienne ont leur point de départ dans une infection de la muqueuse cervico-utérine. A partir de ce moment, le curettage utérin est devenu l'opération la plus importante peut-être de toutes les opérations gynécologiques, et ainsi s'est trouvée justifiée la parole d'Hégar (1), qui à une époque où l'opération imaginée par Récamier était à peu près abandonnée, la considérait comme « une des plus belles opérations de la gynécologie ». Pour ma part, je n'ai jamais complètement renoncé au curettage utérin et, quand je me trouvais en présence d'hé-

(1) Hégar et Kaltenbach. Traité de Gynécologie opératoire, trad. franç., Paris, 1885, p. 421.

morrhagies rebelles, avec ou sans tumeur manifeste, je n'hésitais pas à diagnostiquer l'existence de fongosités de la muqueuse utérine, et à recourir à l'ablation de ces fongosités, à l'aide de la curette de Récamier les premières années, plus tard avec la curette de Sims et enfin, depuis une dizaine d'années, avec une curette spéciale, à tige flexible, terminée par un œillet mousse ou tranchant, en acier.

A cette époque, je ne pratiquais pas le curettage aussi fréquemment que je le fais aujourd'hui, et cela parce que toute ma génération médicale proclamait que les lésions du parenchyme avaient une importance beaucoup plus grande que celles de la muqueuse; le traité de Scanzoni sur les métrites faisait autorité et j'étais peu goûté, alors que je voulais rattacher les ulcérations du col à l'endométrite cervicale, ainsi que je le fis en 1879 (1) et ainsi que je le démontrai de nouveau, plus récemment, dans mes leçons sur l'évolution morbide de la muqueuse du canal cervical (2). Mais, j'avais dans l'ignipuncture profonde du col de l'utérus dont j'avais fait une étude approfondie, un moyen héroïque de remédier à la fois aux altérations du parenchyme: régression incomplète, métrite parenchymateuse, déviations utérines, et aux conséquences les plus sérieuses de l'endo-cervicite: les ulcérations et les ectropions.

L'ignipuncture profonde du col, telle que je la pratique, est connue de nos lecteurs. Elle a fait le sujet de la thèse d'un de mes élèves, le Dr Gonzalès (3), et elle a été exposée, ici même, par mon interne, M. J. Batuaud (4). Je rappellerai seulement que la méthode classique consistait à appliquer timidement 4 à 6 pointes de

(1) Jules Chéron. De l'ulcération du col. *Revue méd. chir. des maladie des femmes*, mois de juin 1879.

(2) Jules Chéron. De l'Évolution morbide de la muqueuse du canal cervical. *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*, 1887, 1888, 1889.

(3) Manuel Gonzalès, *th. de Paris* 1884 et *Revue méd.-chir. des mal. des femmes*, oct., nov. et déc. 1884.

(4) Jules Batuaud, *Gaz. méd. de Nantes*, mai et juin 1885, et *Revue méd.-chir. des mal. des femmes*, janvier 1886.

feu superficielles sur le col, ce qui produisait une révulsion légère, souvent favorable mais la plupart du temps tout à fait insuffisante; aussi était-il ordinaire de voir des malades auxquelles on avait pratiqué, sans grand résultat, 4 à 5 fois et même plus souvent encore cette petite opération.

Le procédé que j'emploie depuis une vingtaine d'années, avec un succès presque constant, est bien différent. Avec une flèche très aiguë du thermo-cautère que j'ai fait construire pour cet usage spécial, ou avec la flèche du galvano-cautère, je peux pénétrer dans le parenchyme du col à une profondeur qui atteint au moins un centimètre et 1/2 dans les sub-involutions et les métrites parenchymateuses et qui peut aller jusqu'à 2 centimètres à 2 centimètres 1/2 dans le cas d'allongement hypertrophique du col. En second lieu, je crois que, pour obtenir une modification durable de la vitalité de l'organe, le nombre des flèches ignées doit être beaucoup plus grand que celui qu'on applique ordinairement; pour ma part, je n'applique jamais moins de vingt flèches ignées sur le col et, si le museau de tanche est très hypertrophié en largeur, s'il y a des ectropions volumineux avec un grand renversement des lèvres du col, je vais jusqu'à 60 et même 80 flèches disposées, les unes à côté des autres, en rangées concentriques, comme les orifices d'une écumoire. On voit que mon procédé d'ignipuncture constitue une véritable opération bien différente de la légère révulsion ignée pratiquée avant moi. Il m'est, du reste, arrivé bien souvent d'avoir à pratiquer une ignipuncture profonde chez des malades auxquelles on avait fait un certain nombre de fois des pointes de feu superficielles sur le col et qui n'en avaient retiré aucun bénéfice durable; à partir du jour où j'avais fait une ignipuncture profonde au contraire, leur santé se rétablissait promptement. Les cas sont très rares où, pour ma part, j'ai été obligé de faire plusieurs fois l'opération chez la même malade.

La statistique intégrale de mes opérations d'ignipuncture profonde du col, de 1870 à 1885, a été publiée dans le mémoire de M. Batuaud (1). En se reportant à cette statistique on peut voir

(1) J. Batuaud, *loc. cit.*

que, il y a 5 ans, j'avais traité 76 cas d'endométrite par l'ignipuncture ; les résultats avaient été excellents, puisque je n'avais été obligé de recourir à une seconde opération que dans six cas, et, ce qui est plus intéressant encore à noter: c'est que, dans 50 cas, où il existait des métrorrhagies avant l'intervention, la disparition de ces hémorrhagies utérines a été constante. En même temps, la régression incomplète était modifiée de la façon la plus avantageuse, puisque j'ai souvent obtenu une diminution de 2 cent. 1/2 de la longueur de l'utérus, mesurée avec l'hystéromètre.

C'est vers 1880 que je pris l'habitude de recourir, d'une façon systématique, au curettage d'exploration de la cavité utérine, dans tous les cas de ménorrhagies et de métrorrhagies, ce moyen m'avait déjà rendu, depuis quelques années, de grands services. Je reconnus dès lors la fréquence des endométrites hyperplasiques et tout le parti qu'on pouvait tirer du curettage dans le traitement des hémorrhagies utérines, ainsi que le prouve la leçon que je publiai sur cette question quelque temps plus tard (1). Il ne me restait plus qu'à étudier cette opération comme moyen de désinfection de la cavité utérine et comme moyen prophylactique et curatif dans les salpingo-ovarites, dans les pelvi-péritonites et dans les adénites péri-utérines, ce qui fait le sujet des mémoires actuellement en cours de publication dans ce journal.

Mais, pour avoir compris tous les avantages du curettage de la cavité utérine, devais-je abandonner l'ignipuncture profonde du col qui m'avait donné de si bons résultats, même dans les endométrites les mieux avérées ? alors surtout que je connaissais les résultats peu fidèles du curettage employé seul ? Je ne le crus pas ; la seule conclusion qui me parut logique fut d'associer les deux opérations, de manière à compléter l'une par l'autre. Le raclage s'adressait à l'endométrite et à l'infection intra-utérine ; l'ignipuncture me permettait de détruire les ectropions, de faire entrer en régression l'utérus en état de sub-involution, de com-

(1) Jules Chéron. Des usages thérapeutiques de la curette en gynécologie. *Revue méd. chir. des maladies des femmes*, oct. et nov. 1886.

battre enfin les déviations de l'organe. Comme ces lésions sont presque toujours associées chez la même malade, toute intervention chirurgicale bien comprise devait s'adresser à la fois à ces divers éléments morbides et l'association du curettage et de l'ignipuncture me permettait de remplir toutes les indications.

On peut assimiler l'endométrite à un ulcère développé sur des tissus altérés, eux-mêmes, souvent durs et engorgés; d'une nutrition languissante peu favorable à la réparation. Tout moyen qui vient réveiller ces tissus affectés, les dégorger et faciliter leur circulation, est de nature à guérir à la fois l'endométrite et la lésion du parenchyme. C'est ce que le curettage et l'ignipuncture combinés se chargent de faire d'une façon fidèle et en un temps relativement très court.

C'est la pratique que je suivis et que je conseillai de suivre aux confrères qui me font l'honneur d'écouter mon enseignement à ma clinique.

Les résultats de cette manière de faire, qui m'est personnelle, sont trop favorables pour ne pas mériter toute l'attention de nos lecteurs.

Tandis que M. Bouilly (1), sur 69 curettages, compte seulement 39 guérisons complètes, 15 améliorations et 15 insuccès, tandis que M. Routier(2) n'accuse que 12 succès complets sur 24 cas, et tandis que M. Terrillon (3) a eu 3 insuccès sur 15 cas d'endométrite hémorrhagique — pour ne citer que quelques statistiques — je puis dire que, sur trois cent seize curettages avec ignipuncture pratiqués depuis cinq ans, dans mon service de Saint-Lazare, à ma clinique ou dans la clientèle, je n'ai eu que 9 insuccès relatifs, et dans ces 9 cas seulement une seconde opération fut nécessaire. Dans quatre de ces cas il s'agissait d'endométrite fongueuse hémorrhagique et, dans les cinq autres, il s'agissait de ramollissement de la muqueuse utérine en rapport avec une rétroflexion, congénitale ou acquise que l'on n'avait pu réduire.

(1) Société de chirurgie, 19 février 1890.

(2) Ibid., 26 février 1890.

(3) Ibid., 26 février 1890.

Il ne me reste plus qu'à dire quelques mots du manuel opératoire pour terminer cette Revue.

Ainsi que je l'enseigne depuis longtemps, je pratique toujours le curettage *sans abaisser l'utérus à la vulve* (1). Je me sers de curettes à tiges flexibles dont je puis modifier la courbure suivant les nécessités de chaque cas. Lorsque l'utérus est fortement dévié en avant ou en arrière, je le ramène dans l'axe du spéculum en plaçant la malade dans la position dorso-sacrée et en faisant fortement fléchir les cuisses sur l'abdomen et les jambes sur les cuisses.

Je pratique la dilatation extemporanée avec un dilatateur métallique à deux branches démontantes ; le dilatateur est progressivement ouvert jusqu'au maximum et laissé ouvert pendant 4 à 5 minutes ; on le retire alors et on peut faire pénétrer sans difficulté les curettes de moyen volume, surtout si on a soin de leur donner une courbure appropriée. Au besoin, après une première dilatation transversale on peut faire une seconde dilatation, dans le sens antéro-postérieur, avec le dilatateur de M. Batuaud.

Je fais le curettage du fond de l'utérus vers l'orifice externe en passant méthodiquement la curette sur les divers points de la face antérieure, sur la face postérieure, enfin sur le fond, les angles utéro-tubaires et les bords latéraux. Chaque fois la curette est retirée, vidée dans un peu d'alcool, flambée et trempée dans une solution antiseptique pendant qu'une autre la remplace.

De temps en temps, je fais dans le vagin une irrigation froide avec de l'eau bouillie phéniquée.

Je ne fais, contrairement à la plupart des opérateurs, ni lavages intra-utérins ni cautérisations intra-utérines, après le curettage. J'y ai renoncé après avoir reconnu que ces lavages et ces cautérisations ne présentaient aucun avantage, lorsqu'on pratique en même temps l'ignipuncture.

(1) L'importance de cette manière de faire n'échappera à aucun de nos lecteurs qui savent, par nos études en cours de publication sur les phlegmasies péri-utérines, salpingo-ovarites, périmétrites et paramétrites, que le curettage peut rendre les plus grands services précisément dans des cas où l'abaissement de l'utérus ne serait pas sans danger.

Le raclage terminé, je procède, séance tenante, en laissant toujours l'utérus en place, à l'ignipuncture profonde du col, avec la flèche du thermo-cautère ou de préférence avec celle du galvano-cautère. Les flèches sont distribuées, sur le col, en rayons concentriques, ainsi que je le disais plus haut. Les irrigations froides phéniquées sont faites, après, chaque série de 4 à 5 flèches et le vagin est essuyé avec des boulettes d'ouate hydrophile.

Une fois l'ignipuncture achevée, je fais un lavage avec une solution concentrée d'acide phénique, je place un tampon de gaze iodoformée que j'étale bien sur le col, enfin un tampon d'ouate hydrophile sert à terminer l'occlusion du vagin.

La malade, portée dans son lit, il n'y a plus qu'à la soumettre au repos absolu, pendant une huitaine de jours, en prenant soin de laisser de la glace en permanence sur le ventre.

Les pansements sont renouvelés tous les trois ou quatre jours, jusqu'à cicatrisation complète de l'ignipuncture.

La première époque menstruelle fait, en général, défaut; les règles surviennent au plus tôt un mois, souvent six semaines, quelquefois deux mois seulement après l'opération. Pendant la durée de l'écoulement menstruel, la malade doit garder le repos au lit ou sur une chaise longue.

A partir de cette époque enfin, la guérison est presque toujours assurée.

En résumé l'association du curettage et de l'ignipuncture profonde du col de l'utérus est indiquée par la complexité des lésions utérines qu'il s'agit de combattre.

Cette association est justifiée non seulement par l'analyse anatomo-pathologique et par les considérations exposées plus haut, encore par les excellents résultats qu'elle a fournis entre mes mains aussi bien qu'entre les mains de mes élèves.

Curettage et ignipuncture doivent être pratiqués en une seule séance, sans abaisser l'utérus à la vulve, en suivant le manuel opératoire que je viens de rappeler.

Jules CHÉRON.

CELLULITE PELVIENNE OU PELVI-CELLULITE

Paramétrite — Phlegmon ou Adéno-phlegmon pelvien,

Par M. le Dr Jules Chéron, médecin de Saint-Lazare.

(*Suite.*)

—

Marche, durée, terminaison de l'adéno-phlegmon du ligament large.

Pour employer les expressions classiques en France, nous dirons que l'adéno-phlegmon du ligament large peut se terminer par résolution, par induration ou par suppuration.

La *résolution* s'observe dans les cas où les accidents ont été peu intenses dès le début, où la fièvre n'a duré que quelques jours et où l'état général s'est rapidement amélioré. Tantôt elle survient très rapidement ; la tuméfaction, qui s'est constituée en une huitaine de jours, n'acquiert qu'un volume médiocre ; elle ne dépasse pas le stade d'œdème gélatiniforme et commence à diminuer vers le 11e ou le 12e jour pour se résorber progressivement et ne plus laisser aucune trace de son existence trois semaines ou un mois après le début des accidents. Il s'agit sans doute, dans ces cas, d'une infection très légère de l'utérus et des lymphatiques pelviens.

Dans d'autres circonstances, soit que des imprudences aient été commises par la malade, soit qu'il y ait eu plusieurs infections consécutives, la marche de l'adéno-phlegmon vers la guérison est moins rapide. Il s'est produit une première amélioration très notable avec retour graduel à la santé, puis une poussée légère de fièvre est survenue ; la tuméfaction du ligament large, qui commençait à décroître, a subi une nouvelle poussée subaiguë ; enfin, après quelques jours de repos absolu et quelques soins médicaux, la résorption des masses inflammatoires se fait de nouveau et tout rentre dans l'ordre au bout d'un mois et demi, de deux mois ou quelquefois un peu plus longtemps.

Quand la résolution est complète, ce qui est plus fréquent qu'on

ne l'a dit, le col se dégage tout à fait, l'utérus récupère sa mobilité parfaite et reprend sa position normale sur la ligne médiane du bassin ; les annexes deviennent perceptibles par l'examen bimanuel qui ne constate plus aucune tuméfaction au niveau du ligament large affecté ; enfin, la malade revient à la santé et ne tarde pas à reprendre toutes ses forces.

Dans les cas qui doivent se terminer par *induration*, les accidents du début, plus sérieux que dans la catégorie de faits que nous venons d'étudier, présentent rarement une grande intensité ; ce qui caractérise la première période de ces adéno-phlegmons du ligament large destinés à passer par l'induration avant de subir la résolution, c'est surtout la durée plus considérable du malaise, du manque d'appétit, de la diminution des forces, ainsi que la répétition des frissons erratiques et des sueurs nocturnes, enfin la persistance de la fièvre au delà d'une semaine.

Cependant cet état de malaise et de faiblesse finit par s'amender ; il y a un retour des forces et du sommeil qui coïncide avec la disparition de la fièvre et un arrêt complet dans l'accroissement de la tumeur. Celle-ci, au lieu de donner au palper et au toucher une consistance molle, analogue à celle du carton mouillé, acquiert une fermeté et une dureté de plus en plus grandes ; dans quelques cas, nous avons vu le plastron abdominal et la tuméfaction du cul-de-sac latéral envahi présenter une dureté au moins comparable à celle des fibromes utérins.

Cet état peut persister pendant des mois et même pendant des années, surtout quand la malade ne garde pas le repos nécessaire. Dans le cas de West, dont l'autopsie a été rapportée plus haut, l'induration du tissu cellulaire du ligament large datait d'au moins une année et le début des accidents remontait à dix-sept mois. Les cas ne sont pas rares, surtout chez les malades qui fréquentent les cliniques et les consultations d'hôpital, qui ne guérissent pour ainsi dire jamais d'une façon bien complète ; le plastron abdominal ainsi que le plastron péri-vaginal, ont bien fini, à la longue, par se résorber, mais le ligament large est devenu fibreux, il s'est rétracté et a entraîné l'utérus en masse du

côté primitivement atteint ; c'est ainsi que se forment les latéro-positions irréductibles sans tumeur utérine.

La durée de l'affection n'est pas toujours aussi longue, et il ne faudrait pas croire surtout que la transformation du ligament large en tissu cicatriciel rétractile est un fait inévitable. Dans les cas qui sont surveillés et traités d'une façon suffisante, on voit peu à peu l'induration du tissu cellulaire diminuer ; le cul-de-sac envahi devient moins résistant et fait une saillie de moins en moins considérable dans le vagin ; du côté de l'abdomen, la peau est moins tendue, elle commence à présenter un certain degré de souplesse, puis l'induration sous-cutanée disparaît sur une certaine hauteur ; enfin, au bout de trois à quatre mois de soins, on a la satisfaction de constater que l'abdomen ne présente plus rien d'anormal et que le col de l'utérus s'est complètement dégagé ; l'épaississement du ligament large lui-même disparait à son tour et la matrice, qui avait été attirée et déplacée sur le côté, reprend sa position normale sur la ligne médiane.

Lorsque l'induration du ligament large persiste pendant longtemps, elle a pour résultat d'étrangler les vaisseaux utérins et d'entraîner une nutrition défectueuse de l'utérus. On se trouve alors en présence de l'état décrit par Freund (1) sous le nom de *paramétrite chronique atrophique*. Les douleurs abdominales sont peu intenses dans les cas dont nous parlons et consistent surtout en sensations de pesanteur et de tiraillement dans le bassin, en une lassitude continue, des phénomènes nerveux et des troubles dyspeptiques. L'utérus, mal irrigué, s'atrophie progressivement et la répression sénile, avec suppression de la menstruation, s'empare de l'appareil génital d'une façon prématurée.

Un autre mode de terminaison des adéno-phlegmons du ligament large consiste dans ce qu'on a appelé la *terminaison mixte*, *mi par suppuration*, *mi par induration*.

Après avoir présenté, pendant une période de temps plus ou moins longue, les symptômes qui caractérisent la terminaison par induration, les malades se plaignent d'élancements douloureux dans un point de leur tumeur ; ce point est sensible à la

(1) Loc cit.

pression, il forme une saillie manifeste sur la voussure générale de la région indurée ; il se ramollit, devient de plus en plus élastique, puis fluctuant ; enfin, il se transforme en un orifice par lequel un écoulement purulent se produit.

Cet orifice par lequel la suppuration tend à se faire jour est différemment placé suivant les cas ; tantôt il occupe la région hypogastrique, à quelques centimètres au-dessus de l'arcade crurale, et alors la succession des phénomènes dont nous venons de parler est des plus faciles à constater, tantôt au contraire il siège dans l'un des culs-de-sac du vagin ou bien du côté du rectum, ou encore du côté de la vessie, suivant l'organe vers lequel la suppuration tend à s'évacuer.

Dans quelques cas, la suppuration d'une partie de l'engorgement s'annonce, en outre des élancements douloureux déjà mentionnés, par un frisson avec claquements de dents ; dans tous les cas, elle s'accompagne de fièvre à exacerbations vespérales, avec sueurs nocturnes, perte de l'appétit et du sommeil, pendant que la malade prend ce faciès spécial, ce teint terreux qui révèle à l'œil exercé du médecin l'existence d'un abcès profond.

La guérison est habituelle lorsque la suppuration reste ainsi limitée à une petite portion de la tumeur péri-utérine ; on peut même dire qu'elle est assez rapide quand l'abcès s'est évacué du côté de la peau de l'abdomen ou du côté du vagin. Quand l'évacuation s'est faite dans le rectum, la guérison est plus lente, et il survient des phénomènes d'entérite glaireuse qui fatiguent souvent les malades pendant plusieurs mois ; enfin, si l'abcès s'est ouvert dans la vessie, une cystite purulente plus ou moins longue à guérir en est la conséquence à peu près fatale et la santé se trouve ainsi compromise pour longtemps.

Les symptômes de fièvre hectique sont encore plus marqués lorsque l'adéno-phlegmon se termine par *suppuration totale* ; l'intensité de la fièvre, la répétition des frissons erratiques, les sueurs profuses, l'existence d'une diarrhée incoërcible, l'amaigrissement rapide, la perte des forces, la disparition du sommeil, le teint terreux, les élancements dans le bassin feront soupçonner et redouter ce mode de terminaison.

Les lieux d'élection pour l'ouverture spontanée de ces abcès sont les suivants :

1° A 2 ou 3 centimètres au-dessus de l'arcade crurale pour le plastron pré-abdominal, quelquefois un peu plus haut ; enfin, exceptionnellement par la peau de la région ombilicale ;

2° En avant de l'épine iliaque antérieure et supérieure pour le phlegmon de la fosse iliaque profonde ;

3° A la cuisse, le long du nerf crural, lorsque le pus a perforé la gaine du psoas iliaque ;

4° Dans le rectum, dans le cœcum, dans le vagin ou dans la vessie, pour le phlegmon du ligament large lui-même, et, dans quelques cas, à la fois, dans plusieurs de ces organes.

Quelle que soit l'étendue de l'abcès et quel que soit le siège de son ouverture spontanée, la guérison survient quand l'évacuation est complète d'emblée. Dans le cas contraire, qui s'observe surtout lorsque l'ouverture est placée en un point trop élevé : vessie et cœcum tout particulièrement, la malade ne tarde pas à succomber aux conséquences, de l'hecticité que nous avons amplement décrites en faisant l'histoire de la périmétrite purulente.

3° *Symptomatologie de l'adéno-phlegmon juxta-pubien.*

Malgré la discussion soulevée à l'Académie de médecine de Paris, en 1887(1), sur l'adéno-phlegmon juxta-pubien, il faut bien avouer que la symptomatologie de cette variété de cellulite n'est encore que très imparfaitement connue. M. A. Guérin a démontré, dans la discussion dont nous parlons, que l'adéno-phlegmon juxta-pubien existe et que cet adéno-phlegmon est susceptible de se propager à la paroi abdominale en donnant naissance au plastron abdominal, considéré jusque là comme pathognomonique du phlegmon du ligament large. Il a bien fait voir, en conséquence, que le diagnostic différentiel entre le phlegmon du ligament large et l'adéno-phlegmon juxta-pubien est pour ainsi dire impossible au lit de la malade, et, sur ce point, nous ne faisons aucune difficulté à le suivre. Il n'en résulte pas cependant, ainsi que l'a prétendu M. A. Guérin, qu'on doive rayer le phlegmon du liga-

(1) Académie de médecine, novembre 1887.

ment large du cadre nosologique et dire que dans tous les cas diagnostiqués phlegmon du ligament large, il s'agit toujours en réalité d'un adéno-phlegmon juxta-pubien. C'est en faisant le même raisonnement que des chirurgiens ont voulu récemment nier l'existence de la cellulite pelvienne en s'appuyant sur ce fait qu'ils avaient rencontré des cas de kystes tubaires volumineux donnant, au palper, la sensation du plastron abdominal de Chomel. La seule conclusion légitime à tirer de ces travaux récents, c'est que le plastron abdominal cesse d'être le signe pathognomonique du phlegmon du ligament large pour devenir un signe commun à ce phlegmon et à l'adéno-phlegmon juxta-pubien ; c'est enfin que ce plastron peut être simulé, dans quelques cas, par une pyo-salpingite volumineuse. Pour nous, ainsi que nous avons essayé de le démontrer plus haut, il y a un *vrai* plastron abdominal, qui est caractéristique de l'inflammation du tissu cellulaire situé entre le péritoine et la paroi de l'abdomen, caractéristique en un mot du phlegmon abdominal, lequel peut résulter tantôt de la propagation du phlegmon du ligament large, tantôt de celle du phlegmon juxta-pubien ; il y a enfin un *faux* plastron abdominal, c'est-à-dire que, dans certains cas, alors que le tissu cellulaire sous-abdominal n'est nullement enflammé, un kyste tubaire ou tubo-ovarien venant s'appliquer étroitement contre la paroi abdominale et distendre celle-ci, peut donner une sensation analogue à celle que donne le phlegmon abdominal.

L'adéno-phlegmon juxta-pubien donne lieu aux mêmes troubles de la santé générale que les autres variétés de cellulite pelvienne ; nous n'avons donc pas à reproduire ici le tableau symptomatique déjà décrit. Il peut se propager aux divers plans cellulaires du bassin et au tissu cellulaire de la paroi abdominale et l'on observe ainsi, suivant que la propagation inflammatoire s'est faite dans un sens ou dans l'autre, le plastron péri-vaginal, le plastron abdominal, les signes du phlegmon iliaque, etc. Sous ce rapport encore, il n'y a pas lieu de faire une description spéciale Ce n'est donc que tout à fait au début, alors que l'inflammation est localisée au ganglion juxta-pubien et à l'atmosphère cellu-

leuse qui l'entoure que l'affection présente des caractères particuliers permettant de la reconnaître.

Dans ces conditions, on trouve l'utérus mobile dans tous les sens et non dévié latéralement, contrairement à ce qui s'observe dans le phlegmon du ligament large ; les culs-de-sac du vagin conservent leur profondeur habituelle, ce qui n'existe pas non plus quand le ligament large est atteint ; on peut sentir, en revanche, un cordon plus ou moins gros, représentant un lymphatique enflammé, qui se dirige des parties latérales de l'utérus vers le trou obturateur, au niveau duquel, intimement accolée au pubis, se trouve une petite tumeur arrondie, douloureuse à la pression, donnant la sensation d'un ganglion enflammé. Cette petite tumeur ne peut être constatée, au début, que par l'examen bi-manuel ; mais, au bout de quelques jours, l'adéno-phlegmon juxta-pubien se propage au tissu cellulaire sous-abdominal et, dès ce moment, on sent, à la palpation, un plastron plus ou moins large, faisant corps avec la paroi de l'abdomen, qui prend la consistance du carton mouillé, situé immédiatement derrière le pubis et adhérant de la façon la plus intime aux os du bassin. A mesure que le phlegmon augmente d'étendue, on trouve de plus en plus facilement ce plastron avec les caractères que nous lui avons assignés en décrivant le phlegmon du ligament large.

D'après certains auteurs, l'adéno-phlegmon juxta-pubien ne se propagerait que vers la paroi abdominale et, par suite, les culs-de-sac du vagin ne seraient jamais déprimés dans cette affection, contrairement à ce qui arrive dans la plupart des cas de phlegmon du ligament large. Si cette assertion était exacte, il y aurait là quelque chose d'assez spécial et le diagnostic différentiel de l'adéno-phlegmon juxta-pubien et du phlegmon du ligament large serait plus facile. Malheureusement, il n'y a pas de raison pour que le tissu cellulaire péri-vaginal reste plus longtemps indemne dans un cas que dans l'autre ; nous savons, au contraire, qu'un des caractères les mieux établis de la cellulite pelvienne en général, consiste en une tendance fâcheuse, quel que soit le siège primitif de l'affection, à la propagation de l'inflammation à tout le tissu cellulaire du bassin.

Comme le phlegmon du ligament large, l'adéno-phlegmon juxta-pubien peut se terminer par résolution, par induration ou par suppuration ; cela se comprend facilement d'après ce que nous venons de dire, puisque, à notre avis, au bout d'un certain temps, ce qui existe, ce n'est plus seulement un adéno-phlegmon juxta-pubien, mais bien une cellulite pelvienne ; le mode seul du début varie, suivant que l'inflammation a son siège primitif dans l'épaisseur du ligament large ou dans le ganglion obturateur, mais bientôt, dans l'une ou l'autre hypothèse, on se trouve en présence d'un phlegmon pelvien très étendu.

e) DIAGNOSTIC DE LA PARAMÉTRITE OU CELLULITE PELVIENNE.

Le diagnostic des ADÉNITES PÉRI-UTÉRINES ne présente, en général, aucune difficulté.

Ce diagnostic s'impose pour ainsi dire lorsque, après avoir constaté, au niveau du col utérin, un ou plusieurs chancres simples ou infectants ou bien encore des syphilides érosives ou ulcéreuses, on trouve, par l'examen bi-manuel, sur les côtés et en arrière de la matrice, une série de petites tumeurs arrondies, rangées en grains de chapelet, douloureuses, mobiles et laissant à l'utérus la liberté complète de ses mouvements actifs et passifs.

Chez une malade manifestement atteinte d'endo-cervicite muco-purulente ou purulente, l'existence d'une tuméfaction latéro- et postéro-utérine doit également faire soupçonner l'existence de l'adénite pelvienne. S'il existe en même temps une adénite inguinale sans autre cause connue que l'endo-cervicite et développée à la même époque que la tuméfaction péri-utérine, le diagnostic est des plus faciles.

En l'absence de cette adénite inguinale caractéristique, on reconnaîtra le plus souvent les adénites pelviennes à la conservation de la mobilité de l'utérus, à la multiplicité, au petit volume et à la sensibilité des petites tumeurs arrondies que le toucher vaginal combiné à la palpation abdominale permet de sentir dans le cul-de-sac postérieur ou sur les côtés du bassin. Un examen bi-manuel pratiqué avec tout le soin désirable, en s'aidant au besoin du chloroforme, donnera, même dans les cas difficiles, la

solution du problème, en faisant reconnaître les deux ovaires non augmentés de volume et non modifiés dans leur forme. C'est en effet avec l'*ovarite* que l'erreur est le plus facile à faire et nous savons maintenant que les adénites pelviennes, contrairement à l'opinion de Courty, peuvent acquérir quelquefois un volume égal ou même supérieur à celui des ovaires enflammés. Le meilleur moyen d'éviter cette erreur qui a été commise par des chirurgiens du plus grand mérite est donc de s'assurer de l'intégrité des ovaires et de constater leur indépendance vis-à-vis de la tuméfaction péri-utérine. Il faut bien savoir cependant que, dans certains cas, le diagnostic restera forcément douteux, alors que l'épaisseur des parois abdominales empêchera de se rendre compte de la position exacte des ovaires et alors que les ganglions enflammés, au lieu d'être bien distincts les uns des autres comme les grains d'un chapelet, seront conglomérés en une masse unique à caractères mal définis. C'est encore dans ces conditions qu'on a le droit d'hésiter entre une *salpingite* et une adénite pelvienne ; les coliques salpingiennes, si caractéristiques, n'existent pas dans tous les cas et, d'autre part, les tuméfactions ganglionnaires peuvent se présenter avec des symptômes insolites et donner lieu à des hoquets continus, à des nausées et à des vomissements comme les salpingo-ovarites et les pelvi-péritonites.

La question du diagnostic différentiel de la *pelvi-péritonite* et de l'adénite pelvienne ne se pose que chez les malades chez lesquelles les symptômes gastriques dont je viens de parler sont constatés, ce qui n'est pas le fait habituel. Alors, si l'examen local ne lève pas les doutes, on pourra s'appuyer sur l'absence de faciès grippé pour écarter à peu près sûrement l'idée de périmétrite.

On voit, d'après cela, que le diagnostic de l'adénite-péri-utérine, très facile dans un grand nombre de cas, est au contraire presque impossible à faire dans quelques autres. Il y a lieu de se rappeler, à ce sujet, que les diverses phlegmasies péri-utérines, que nous décrivons séparément et que nous nous efforçons de distinguer et de différencier les unes des autres peuvent s'associer et se combiner de plusieurs façons chez la même malade, d'où dérivent alors des signes physiques et des symptômes généraux qui ne

sont caractéristiques ni de l'une ni de l'autre des affections que nous étudions.

L'ADÉNO-PHLEGMON DU LIGAMENT LARGE et l'ADÉNO-PHLEGMON JUXTA-PUBIEN donnent lieu, l'un et l'autre, aux mêmes considérations, au point de vue de leur diagnostic différentiel avec les affections utérines ou péri-utérines avec lesquelles on peut les confondre.

Du côté de l'utérus, c'est l'engorgement utérin, la métrite parenchymateuse, la latéro-version et le fibro-myome qui donnent lieu quelquefois à des erreurs de diagnostic ; plus souvent on a lieu de discuter l'hypothèse d'une salpingo-ovarite, d'une pelvipéritonite, ou bien encore d'une tumeur de l'ovaire, d'une hématocèle extra-péritonéale ou d'une grossesse extra-utérine.

L'*engorgement utérin* et la *métrite parenchymateuse* ne nous arrêteront pas longtemps après ce qui a été dit plus haut de leur diagnostic avec la périmétrite ; pour la cellulite pelvienne comme pour la pelvi-péritonite, on doit d'abord faire cette constatation que la tuméfaction sentie dans le bassin est indépendante de l'utérus, qu'elle lui est simplement juxta-posée et qu'elle s'en distingue par sa consistance et par sa sensibilité. Ici, sans doute, la difficulté est plus grande, parce qu'il n'existe pas un sillon entre la tuméfaction péri-utérine et la matrice, tandis qu'il y a ordinairement un sillon très net dans le cas de périmétrite ; mais la différence de consistance et de sensibilité suffisent à faire reconnaître qu'il s'agit bien d'une masse indépendante de l'utérus.

Prendre un adéno-phlegmon du ligament large ou un adéno-phlegmon juxta-pubien pour une *latéro-version* ou une *latéro-flexion* est une erreur qui ne peut être faite qu'après un examen incomplet. Dans le phlegmon du ligament large, l'utérus est repoussé en masse du côté sain, pendant la période d'état comme pendant la période de suppuration ; après la rétraction cicatricielle, l'utérus est attiré du côté affecté ; dans les deux cas, il y a latéro-position et non latéro-version. L'examen bimanuel fera reconnaître ordinairement où se trouve le fond de l'utérus et on

ne confondra pas ce dernier avec le ligament large épaissi et induré ; du reste, dans les cas difficiles, l'hystérométrie viendra lever tous les doutes.

A la période d'induration, la cellulite pelvienne peut être confondue avec une *tumeur fibreuse de l'utérus* ; l'existence de la fièvre à une certaine période du développement de la tuméfaction péri-utérine, l'augmentation rapide de volume de celle-ci, sa sensibilité à la pression, l'amaigrissement de la malade, la lassitude générale, le manque d'appétit, qui font rarement défaut dans la paramétrite, sont autant de symptômes dont il faut tenir le plus grand compte. Le diagnostic n'est difficile en réalité que pour les tumeurs fibreuses enflammées, douloureuses et à développement rapide ou pour les tumeurs fibreuses qui s'accompagnent de pelvi-péritonite ; il y a lieu, dans ces conditions, de rechercher, avec le plus grand soin, le mode du début de l'affection actuelle et, faute de renseignements précis, d'attendre que les phénomènes inflammatoires se soient calmés avant de formuler un diagnostic ferme.

Le diagnostic différentiel du phlegmon du ligament large et des *salpingo-ovarites* se fait quelquefois par la simple étude des antécédents de la malade. Il est certain, par exemple, que l'on ne pensera pas à une cellulite pelvienne dans les cas très nets de kystes tubaires qui s'accompagnent de coliques périodiques typiques suivies d'un écoulement plus ou moins abondant de sérosité, de pus ou de sang à travers l'utérus, et qui laissent la malade dans un état de santé relativement satisfaisant pendant un temps plus ou moins long qui correspond à l'époque pendant laquelle la collection tubaire se reforme peu à peu.

Telle n'est pas, en effet, la marche des adéno-phlegmons pelviens et la confusion n'est possible pour aucun médecin instruit. Mais, ainsi que nous l'avons dit et répété, les symptômes de certaines variétés de salpingo-ovarites sont loin d'être aussi caractéristiques et les kystes tubaires eux-mêmes ne sont pas toujours profluents. Il faut alors de toute nécessité recourir à l'examen local pour formuler le diagnostic. Lorsqu'on peut nettement sentir la continuité de la tuméfaction pelvienne avec l'une des cornes

utérines, lorsque le sillon de séparation avec le bord latéral de la matrice est très marqué, lorsque la tumeur est située très haut dans le bassin et laisse aux culs-de-sac du vagin leur profondeur normale, on peut faire, sans hésitation, le diagnostic de salpingo-ovarite. L'adéno-phlegmon pelvien n'affecte pas les mêmes rapports avec la corne utérine correspondante, il est accolé au bord latéral de la matrice dont aucun sillon ne le sépare; enfin, il bombe presque toujours dans le vagin et souvent il abaisse le cul-de-sac latéral aussi bas et même plus bas que le museau de tanche.

Dans quelques cas de kyste tubaire assez volumineux pour faire saillie dans la grande cavité abdominale, on a senti un plastron qui aurait pu être confondu, dit-on, avec le plastron du phlegmon du ligament large et de l'adéno-phlegmon juxta-pubien. A moins que le kyste ne soit très fortement tendu et ne fasse bomber la paroi abdominale au point de l'immobiliser d'une façon complète, on pourra, le plus souvent, se rendre compte que la tumeur n'est pas située dans la couche cellulaire sous-abdominale et qu'elle ne vient pas adhérer intimement, par sa partie inférieure, aux branches horizontales du pubis, ainsi que cela a lieu dans la cellulite pelvienne. Du reste, si le résultat fourni par la palpation abdominale est douteux, le toucher vaginal viendra trancher la question, car l'on peut admettre que toute tumeur qui fait bomber le cul-de-sac latéral et l'abaisse au niveau du col utérin n'est pas une salpingite. Il n'y a donc de grande difficulté à faire le diagnostic que dans les cas peu fréquents où il y a coëxistence des deux affections.

Il est rare qu'on hésite entre une *tumeur de l'ovaire* et un phlegmon du ligament large ; cela n'a lieu que pour les tumeurs de l'ovaire enflammées, et encore le plus souvent le siège de la tumeur ovarique sans connexion avec l'utérus et dans un point plus ou moins élevé du bassin permet-il d'écarter au bout de peu de temps l'idée d'une cellulite pelvienne.

Un diagnostic différentiel qu'on a plus ordinairement à faire est celui de la *périmétrite* et de la paramétrite. On se basera pour cela sur les caractères sur lesquels nous avons insisté, après tous

les auteurs classiques, dans la description qui précède. La pelvi-péritonite donne lieu à un faciès tout spécial qui n'existe pas dans la cellulite pelvienne ; elle s'accompagne de ballonnement du ventre dans tous les cas et presque toujours, au moins dans ses périodes d'acuité, de nausées ou de vomissement qui font habituellement défaut dans le phlegmon pelvien. La douleur est beaucoup plus aiguë dans la périmétrite. L'exsudat péritonéal occupe de préférence le cul-de-sac de Douglas, point le plus déclive de la séreuse abdominale, et alors on n'a pas même à songer au phlegmon du ligament large, mais il peut également siéger sur les côtés de l'utérus et c'est dans ce dernier cas qu'une erreur de diagnostic est possible. On tiendra grand compte de ce fait que la tumeur due à la pelvipéritonite dévie l'utérus de diverses façons, suivant qu'elle occupe toute la hauteur de cet organe ou qu'elle est placée plus ou moins haut; en même temps qu'elle dévie le col latéralement, elle lui imprime un mouvement de torsion sur son axe qu'on ne rencontre pas dans le phlegmon pelvien ; ce dernier ne fait que repousser l'utérus en masse du côté sain ; pendant la période d'état, il ne produit jamais de version, ni de torsion de l'axe utérin. La pelvi-péritonite se sépare de l'utérus par un sillon presque toujours très net et empiète plus ou moins sur le cul-de-sac postérieur. Le phlegmon du ligament large est accolé au bord latéral de la matrice sans sillon de séparation ; il descend plus ou moins bas dans le vagin, il n'occupe que la partie antérieure des culs-de-sac latéraux et se termine, en arrière, par une aréte vive qui ne dépasse jamais le niveau de la face postérieure du col ; en arrière de cette aréte, le doigt peut être enfoncé aussi profondément que l'on veut, sans être arrêté par une tumeur quelconque et le cul-de-sac de Douglas conserve sa souplesse et sa dépressibilité normales. Les prolongements digitiformes antérieur et postérieur que nous avons décrits sont caractéristiques du phlegmon du ligament large ; il n'y a rien d'analogue dans la pelvi-péritonite. Enfin, la marche de la périmétrite avec ses redoublements inflammatoires et ses alternatives d'acuité et d'amélioration n'a rien de commun avec la marche progressivement croissante on progressivement décroissante de l'adéno-phlegmon pelvien.

L'hématocèle extra-péritonéale se distingue du phlegmon du ligament large par les signes d'une hémorrhagie interne caractérisant le début qui a lieu au moment d'une époque menstruelle ; elle accompagne assez souvent les salpingites.

Quant à la *grossesse extra-utérine*, ses symptômes et surtout son évolution caractéristique ne permettront pas de la confondre avec une cellulite pelvienne.

Le diagnostic différentiel de l'adéno-phlegmon du ligament large et de l'adéno-phlegmon juxtapubien ne présente pas assez d'intérêt pratique pour être longuement discuté ; ce que nous avons dit plus haut est suffisant pour permettre de les distinguer l'un de l'autre quand on assiste au début de l'affection ; mais, dans le cas contraire, ce diagnostic est pour ainsi dire impossible.

(*A suivre.*)

TUBERCULOSE DU VAGIN ET DU COL DE L'UTÉRUS

Par le Dr Paul Daurios

(Suite.)

Le *cancer du col* qui, de prime abord, semble devoir nettement se différencier avec son aspect bourgeonnant, sa sécrétion fétide, ses hémorrhagies, etc., a cependant pu être confondu avec une tuberculose du col. C'est à un cancer, en effet, que croyait avoir affaire M. Péan, quand il enleva un utérus atteint de tuberculose du col. « On observait dans ce cas-là, nous dit M. Séjcheyron, chez une femme de 45 ans qui se plaignait d'amaigrissement, de pertes odorantes et de métrorrhagies, un col induré, « un peu gros, offrant des végétations irrégulières, saignantes, « placées en particulier au niveau du museau de tanche. » C'est là, en effet, une description qui s'éloigne considérablement de celle de l'ulcération tuberculeuse classique. Cependant, même dans ce cas, le liquide qui baignait le col était muqueux, *épais, jaunâtre, grumeleux* (Cornil), et nous verrons à propos de la

tuberculose utérine que ce sont là les caractères objectifs typiques de la leucorrhée tuberculeuse. Cet aspect est loin de celui que présente habituellement la sanie putride, d'une teinte gris cendré, blanc sale, avec des stries rouges, ou de petits caillots noirs de sang coagulé, qu'on rencontre dans le cancer du col.

Dans les deux cas on peut avoir une ulcération irrégulière, à bords déchiquetés, taillés à pic et indurés ; mais quand il s'agit de cancer, ce noyau induré sur lequel repose l'ulcération est généralement plus accusé, d'une dureté quelquefois ligneuse qui s'étend aux parties voisines du col, et remonte sur les parties latérales de l'utérus, jusque dans les ligaments larges. Un autre signe dont il faut tenir grand compte, c'est que les ganglions qui se trouvent à l'union du col et du corps sont rapidement envahis dans les cas de dégénérescence cancéreuse ; d'où résulte la fixation de l'utérus. Cette immobilisation relative ou absolue de l'utérus est un caractère essentiel de malignité sur lequel ont insisté tous les auteurs depuis Aran. Elle ne se rencontre dans la tuberculose qu'à une époque plus avancée de la lésion. Le cas de M. Péan est une confirmation de ce fait, puisque, malgré une lésion manifestement ancienne, l'utérus était resté « normal dans sa forme, sa consistance, et dans ses rapports avec les organes voisins » (Sécheyron).

Enfin, l'examen microscopique des sécrétions, leur inoculation dans le péritoine de cobayes, et l'examen histologique d'une parcelle excisée de la tumeur permettront de faire un diagnostic certain.

Dans le diagnostic différentiel de la tuberculose vaginale avec toutes les ulcérations que nous venons de passer en revue, nous n'avons eu en vue que la tuberculose primitive ; aussi n'avons-nous pas parlé des symptômes généraux. Mais comme la majorité des malades qui viennent consulter ont déjà d'autres manifestations de leur affection, il ne faudra pas négliger la recherche des antécédents, et l'examen général de la malade. Les poumons, l'utérus et ses annexes, d'autres viscères, les membranes muqueuses seront quelquefois aussi le siège de lésions tuberculeuses qui aideront au diagnostic.

La forme *fistuleuse* de la tuberculose vaginale ne nous occupera pas longtemps au point de vue du diagnostic. Les fistules

antérieures (vésico et uréthro-vaginales) se révéleront d'une façon assez nette par les troubles fonctionnels que nous avons indiqués, et les fistules recto-vaginales n'offriront guère plus de difficulté. Quant à leur nature tuberculeuse, la recherche des antécédents, l'examen de l'état général, l'exploration des organes voisins qui peuvent être le siège de lésions de même nature, et enfin la recherche du bacille et des granulations miliaires autour de l'ulcération, permettront de la reconnaître.

TRAITEMENT

« Les ulcérations tuberculeuses et les granulations des mu-
« queuses sont très facilement amendées et guéries lorsqu'elles
« sont superficielles, mais elles sont sujettes à récidive, car la
« disposition générale de l'organisme à produire du tubercule
« n'en existe pas moins. » (Cornil.)

M. Cornil, en 1879, traite une ulcération tuberculeuse du vagin par des badigeonnages de *teinture d'iode* faits tous les 2 ou 3 jours, et au bout de 15 jours la guérison est complète.

M. Vermeil (1880) ayant observé une lésion semblable fait des attouchements de *teinture d'iode*, et 20 jours après, quand la malade quitte l'hôpital, « l'ulcération a presque entièrement disparu ».

La *teinture d'iode* en badigeonnages sur les ulcérations tuberculeuses paraît donc être un excellent traitement, et non seulement pour les lésions du vagin, mais aussi « probablement pour
« celles du col, dit M. Derville, puisque, dans l'observation de
« M. Bouffe, on voit une ulcération déjà ancienne du col utérin,
« qui n'avait été que légèrement améliorée par un traitement au
« tannin et aux injections astringentes. M. Bouffe la traite par
« les badigeons iodés. Rapidement la malade guérit et l'ulcéra-
« tion ne se reproduisit pas. »

Du reste, « l'ulcération tuberculeuse du vagin paraît être un
« accident passager, guérissant rapidement et probablement de
« lui-même, dit M. Vermeil ».

Voilà donc, résumées, les opinions des différents auteurs sur le traitement des ulcérations tuberculeuses du vagin et du col, et tout le monde d'accord pour dire que ces lésions guérissent facilement, quelques-uns ajoutant qu'elles guérissent d'elles-mêmes.

Tout d'abord cette dernière opinion nous paraît exagérée et la guérison spontanée, si elle existe, doit être bien rare, car dans toutes les observations que nous avons sous les yeux, nous ne voyons signalée nulle part la présence d'une cicatrice. Il est vrai que « les ulcères tuberculeux des muqueuses guérissent sou« vent sans laisser de traces lorsqu'elles sont convenablement « traitées » (Cornil). Mais dans aucune observation non plus nous ne voyons d'ulcération en voie de cicatrisation sans l'influence d'un traitement.

Que la guérison s'obtienne facilement, c'est possible et c'est ce qui semble résulter des observations publiées par MM. Cornil, Derville, Vermeil ; les tubercules jaunes se ramollissent, s'ulcèrent, et les produits caséeux étant éliminés en totalité, la guérison survient par bourgeonnement de la plaie sous l'influence d'applications irritantes.

Voilà comment s'explique la marche rapide de ces lésions et leur prompte guérison ; mais cela ne peut se produire que dans les cas où ces lésions sont superficielles et alors que les produits caséeux s'éliminent en totalité.

Si la lésion est un peu ancienne et profonde, les résultats ne sont plus les mêmes. M. Mayor (1881), ayant affaire à une ulcération tuberculeuse profonde du col, fit pendant un mois des applications répétées de *teinture d'iode, d'iodoforme*, et d'*acide chromique* ; « l'aspect de la lésion ne fut nullement modifié » dit-il.

Ce résultat n'a pas lieu de nous surprendre, aujourd'hui que nous connaissons d'une façon précise les lésions anatomo-pathologiques qui s'observent dans ces cas d'ulcérations du col. Dans l'examen de l'utérus enlevé par M. Péan, en effet, M. le Prof. Cornil a découvert des follicules tuberculeux en quantité considérable siégeant à la surface du chorion muqueux, dans le tissu conjonctif de la muqueuse et surtout dans les villosités ou autour des glandes, et des granulations tuberculeuses moins nombreuses, mais beaucoup *plus volumineuses dans les faisceaux musculaires*. « Elles occupent là des îlots de tissu conjonctif embryonnaire interfasciculaires qui ont repoussé par leur extension les « fibres musculaires. » « Il faut donc s'attendre, dit en terminant « M. Cornil, lorsqu'on croit avoir affaire à une éruption tuber« culeuse légère, superficielle, à ce que le tissu profond de la mu-

« queuse et même la couche musculaire soient envahis par quel-
« ques granulations tuberculeuses. » Et alors les échecs s'expliquent lorsqu'on n'intervient pas assez complètement et qu'on n'atteint pas tout le mal.

Il résulte de là que le traitement des ulcérations par les badigeons iodés, tout en amenant dans bon nombre de cas de lésions superficielles une cicatrisation rapide, peuvent ne pas détruire toutes les lésions et que les récidives ne sont pas seulement dues à la prédisposition de l'organisme à faire du tubercule, comme disait le Prof. Cornil, mais aussi l'intervention incomplète qui laisse dans les couches profondes un semis tuberculeux. Aussi, comme il est aujourd'hui bien établi que dans la tuberculose comme dans le cancer, pour qu'une intervention chirurgicale soit bonne il faut qu'elle soit complète, nous croyons qu'il ne faudrait pas s'endormir dans une fausse sécurité à l'endroit du traitement par les badigeons iodés, surtout pour ce qui concerne le col. Mieux vaudrait, dans ce cas-là, recourir à une opération plus radicale, telle que l'*amputation sus-vaginale* du col, ou mieux l'*ablation totale de l'organe*. C'est une *hystérectomie totale* que pratiqua M. Péan, dans un cas de tuberculose primitive du col, et nous tenons de cet illustre chirurgien que l'opération ne présenta dans ce cas aucune difficulté. Les résultats furent excellents, et la malade partait guérie à la campagne au bout de trois semaines.

Le traitement des fistules tuberculeuses ne présentera rien de particulier et sera le même que celui des fistules ordinaires de ces mêmes régions. L'intérêt du diagnostic de leur nature tuberculeuse sera surtout grand à cause du pronostic, car il expliquera le grand nombre de récidives ou d'insuccès obtenus par le chirurgien dans bon nombre de fistules vésico-vaginales par exemple.

On n'oubliera pas de donner dans ces derniers cas, comme dans la variété ulcéreuse, la plus grande attention au *traitement général* qui sera celui de la tuberculose en général : arsenic, créosote, huile de foie de morue, poudre de viande, jus de viande, etc. On essaiera en somme de maintenir le bon état général et de lutter ainsi contre les récidives ou la généralisation de l'affection. Les eaux thermales seront alors d'un grand secours, et les cures de

Barèges, Eaux-Bonnes, Bagnères-de-Luchon, Allevard, etc., rendront de grands services.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 18 *mars* 1890.

LE SUBLIMÉ EN OBSTÉTRIQUE.

Lors de la dernière discussion relative à l'emploi du sublimé en obstétrique, l'Académie a voté en principe qu'il y avait lieu d'autoriser les sages-femmes à employer de faibles doses de cette substance dans le traitement de leurs accouchées ; elle avait décidé également que, pour éviter toute cause d'erreur, on ajouterait au paquet antiseptique (sublimé et acide tartrique) une substance colorante. La nature de cette substance avait été réservée.

M. Budin lit un rapport par lequel il propose l'adoption d'une substance bleue, le carmin d'indigo. Ce bleu serait employé à l'état de solution alcoolique, à 5 gr. pour 100, et une goutte suffirait pour colorer chaque dose antiseptique, que l'on ferait ensuite sécher avant de la mettre en paquet.

La formule, dès lors, serait la suivante :

Sublimé corrosif.........................	25 centigr.
Acide tartrique..........................	1 gram.
Solution alcoolique de carmin d'indigo à 5 %.	1 goutte.

Faire sécher et mettre en paquet, avec les précautions adoptées lors de la discussion de la question en général.

(*Bull. méd.*)

Séance du 25 *mars.*

UN CAS DE PIGMENTATION RARE PENDANT LA GROSSESSE.

M. Tarnier. — La malade que je présente à l'Académie est entrée il y a quelques jours à la Clinique, arrivée au terme d'une

grossesse normale. Cette femme est remarquable par l'existence d'une pigmentation de la peau que je n'ai pas eu l'occasion d'observer jusqu'ici. Le sujet porte sur la poitrine, sur les cuisses, sur le ventre, des taches disséminées de largeurs diverses, depuis celle d'une pièce de cinquante centimes jusqu'à celle d'une pièce de un franc. Ces taches sont brunâtres et entre elles la peau est plus pâle qu'à l'état normal.

M. Hardy.—Je crois qu'il s'agit dans ce fait d'une pigmentation de même nature que celle qui constitue le masque des femmes enceintes.

M. Tarnier. — Je suis tout à fait de l'avis de M. Hardy, d'autant plus que cette femme a eu une éruption analogue lors d'une première grossesse, et que les taches ont disparu aussitôt après l'accouchement. Ce qui m'a semblé surtout intéressant ici, c'est la dissémination des taches sur des points où on ne les rencontre pas d'ordinaire dans la grossesse.

M. Hardy.— A quel moment de la grossesse les taches ont-elles paru ?

M. Tarnier. — Dans la grossesse actuelle, qui est une seconde grossesse, comme dans la première, les taches ont commencé à se montrer dès le début de la gestation.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 5 mars.

DU CURETTAGE UTÉRIN.

M. Richelot. — Je ne puis regarder comme vraie cette opinion qu'a soutenue M. Championnière, que les douleurs sont toujours sous la dépendance d'une lésion des annexes. Il y a certainement des cas où les trompes et les ovaires ne sont pas malades et où il faut rapporter les phénomènes douloureux à l'inflammation utérine. J'estime aussi que l'on peut taxer d'exagération cette méthode qui consiste, comme le fait M. Lucas-Championnière, à ne s'attaquer qu'à la salpingo-ovarite, et à n'appliquer aucun traitement à la métrite. Assurément, cette dernière est en corrélation avec les lésions ovario-tubaires, et, en faisant disparaître

celles-ci, parfois on peut du même coup obtenir la guérison de l'endométrite ; mais je ne vois aucun inconvénient à la traiter elle-même en même temps.

M. Lucas-Championnière. — Sans rentrer de nouveau dans la discussion des précédentes séances, je rappellerai que les maladies utérines proprement dites sont en général fort peu douloureuses. Lorsque des douleurs existent, ce n'est pas l'utérus qu'il faut interroger, mais ses annexes, dont les altérations peuvent varier. Tel est l'un des points sur lesquels mon opinion diffère notablement de celle de M. Richelot.

Quant au curettage, je ne le crois indiqué que lorsqu'on a affaire à des utérus volumineux, pesants, atteints de métrites, dans lesquels les écoulements sont très abondants, sans manifestations douloureuses notables ; c'est alors qu'il peut être utile ; au contraire, il doit être rejeté toutes les fois que l'élément douleur domine, car, en pareil cas, la lésion utérine n'est que secondaire ; c'est la salpingite qui tient le premier rang, et qui doit disparaître avant tout par un traitement direct.

M. Terrier. — M. Richelot nous a indiqué, dans sa communication, que s'il appliquait le curettage aux lésions du corps de l'utérus il croyait mieux de lui préférer l'amputation du col pour les lésions qui occupent ce segment de l'organe. Dans le courant de 1888, j'ai fait, pour des endométrites, 21 opérations se décomposant en 5 curettages simples et 16 grattages avec amputation du col. Ayant reconnu que cette dernière manière d'agir avait des inconvénients, celui, par exemple, de donner lieu à des atrésies du col, je l'ai, sinon abandonnée, au moins restreinte, et, en 1889, sur 30 cas d'endométrites, je n'y ai eu recours que 6 fois, me contentant de pratiquer le curettage dans les autres cas.

M. Richelot. — Je ne crois pas l'atrésie très fréquente, après l'amputation du col. Pour mon compte, je n'en ai observé que 3 ou 4 exemples, et, en tout cas, elle est généralement très facile à dilater.

M. Trélat. — J'ai protesté à la dernière séance, lorsque M. Lucas-Championnière est venu nous dire que les douleurs reconnaissent toujours pour cause une maladie des annexes. En effet, je soutiens, avec Bouilly et beaucoup d'autres auteurs, que la métrite est très souvent douloureuse. Ces douleurs locales et irradiées, qui apparaissent spontanément, sont toujours plus ou

moins accentuées par le palper, par le toucher et par l'exploration avec l'hystéromètre. C'est un fait que j'ai observé maintes fois depuis quelques années et tout récemment chez trois malades de la ville. Toutes trois étaient atteintes de métrite sans aucune complication du côté des annexes.

Est-ce à dire qu'il n'existe pas de phénomènes douloureux autres que ceux qui sont attribuables à la métrite ? Nullement ; mais ceux que provoque la salpingite, ont un siège et des caractères tout différents, et ce sont eux qui nous servent à établir le diagnostic. Il est donc nécessaire de le poser le plus rigoureusement possible, tout en étant bien convaincu que les endométrites provoquent par elles-mêmes des douleurs, ce qui ne peut être contesté, puisque ces douleurs disparaissent par le traitement de la lésion utérine.

Quant à l'influence du curettage sur les salpingites, j'ai soutenu qu'il pourrait être effectif, non pas dans tous les cas, mais dans certains cas de salpingites douloureuses. Je ne conteste pas assurément qu'il existe des résultats négatifs, mais ce que j'affirme, c'est qu'il y a aussi des faits positifs, qui prouvent que la cure des métrites peut avoir de l'influence sur les lésions des annexes. J'en ai déjà rapporté trois faits et j'en pourrais citer deux autres exemples que j'ai observés depuis peu. J'ajouterai néanmoins que le curettage ne réalise pas toujours les espérances que l'on a le droit de concevoir. C'est ainsi que, l'année dernière, deux jeunes malades de mon service, toutes deux atteintes d'une double salpingite et se présentant dans des conditions qui paraissaient analogues, ont dû pour être amenées à la guérison, être, à un moment donné, différemment traitées. L'une d'elles, après deux curages, a été complètement guérie ; chez l'autre, malgré la même intervention, je me suis trouvé forcé, après trois mois de traitement, de recourir à l'extirpation des annexes, qui a été suivie de succès.

Je me résumerai en disant que je ne puis souscrire à la règle posée par M. Lucas-Championnière, à savoir que, les douleurs étant toujours liées à une altération des annexes, il faut d'emblée pratiquer la laparotomie, qu'en outre il est de toute nécessité de faire un diagnostic complet, et qu'il y a lieu en présence d'une endométrite compliquée de salpingite, de recourir tout d'abord, sauf dans

les cas urgents, au curettage ; si cette intervention échoue, on procédera alors à l'ablation des annexes.

OPÉRATION D'ALEXANDER POUR RÉTROFLEXION DE L'UTÉRUS.

M. TERRILLON. — M. Lagrange (de Bordeaux) nous a adressé l'observation d'une malade, à laquelle il a pratiqué l'opération d'Alexander pour une rétrodéviation de l'utérus, qui, dans ces derniers temps, avait donné lieu à des accidents divers assez prononcés. Cette malade, âgée de vingt-huit ans, avait fait une chute, il y a environ huit ans et avait été prise, à la suite, de phénomènes inflammatoires pelviens, dont la disparition avait été très lente à se produire. A vingt-quatre ans, elle devenait enceinte : la grossesse et l'accouchement ne présentèrent rien d'anormal ; mais, à partir de cette époque, des douleurs apparurent dans le ventre et s'accrurent de jour en jour. M. Lagrange ayant constaté que l'utérus était en rétroflexion, mobile, réductible, et que les accidents : constipation, pesanteur, douleurs, etc.., dont la malade se plaignait, ne devaient être rapportés à aucune autre maladie, a résolu de pratiquer le raccourcissement des ligaments ronds.

L'opération a eu lieu en mai 1889. Les deux ligaments volumineux ont été facilement découverts et attirés au dehors, et chacun d'eux a été fixé par plusieurs points de suture faite au catgut. Pour rendre les adhérences plus solides on a pris soin de comprendre les piliers dans les sutures. Les suites opératoires ont été bonnes, et, à partir de l'opération, les douleurs ont disparu, ainsi que les autres accidents. Aucun port de pessaire n'a été prescrit. Cinq mois plus tard on constatait que l'utérus était bien maintenu en antéversion, et que la guérison persistait.

Il me paraît inutile de rappeler que, dans ce cas, on se trouvait en présence des indications de l'opération d'Alexander, telles qu'elles ont été formulées naguère à la Société. Ce que je tiens à relever, à propos de cette opération, bien qu'elle ait été suivie de succès dans le cas actuel, c'est que la fixation des ligaments aux piliers est parfois inconstante, ainsi que cela m'est arrivé, et qu'il me semble préférable de faire porter un pessaire pendant quelque temps. J'ajouterai encore que, pour affirmer une guéri

son, il faut attendre qu'il se soit écoulé plus de temps depuis l'opération, car c'est souvent au delà de cinq mois que le résultat devient négatif. J'en ai, pour ma part, observé un exemple onze mois après l'intervention.

Dans un autre cas, c'est immédiatement après l'opération que j'ai eu à enregistrer un insuccès. Ma malade était une femme de 28 ans, qui depuis six années, présentait des accidents multiples de rétroflexion douloureuse. Tout traitement ayant échoué et le port d'un pessaire étant absolument impossible, j'ai fait l'Alexander en novembre 1889, dans de très bonnes conditions. L'opération n'a offert aucune difficulté : après avoir tiré chaque ligament d'une longueur de 4 centimètres, je l'ai fixé aux piliers par deux fils de catgut et aux tissus voisins par trois autres fils semblables. Le drainage et la suture de la plaie faits, j'ai constaté que l'utérus était relevé et bien soutenu. Aucun pessaire n'a été appliqué, la malade n'en pouvant supporter le contact.

Or, dès le huitième jour, le fond de l'utérus s'était déjà éloigné de la paroi abdominale, et, au vingtième jour, l'organe avait repris la position qu'il occupait avant la fixation ; celle-ci avait cependant été faite par cinq points de suture de chaque côté ; on ne peut donc pas l'accuser d'avoir été insuffisante. De pareils faits nous démontrent que l'insuccès peut se révéler ou tardivement ou immédiatement après l'opération, malgré le port d'un pessaire, que je regarde comme nécessaire, et qu'il doit être rapporté non pas à un défaut de solidité du catgut, ni à une insuffisance des ligatures, mais probablement à un allongement du ligament affaibli par les tractions.

M. Trélat. — J'ai eu l'occasion de pratiquer trente-sept ou trente-huit fois cette opération, et parmi les échecs que j'ai notés, je ne me souviens d'en avoir constaté aucun à une époque éloignée de l'opération. C'est généralement dans le premier mois qui suit le raccourcissement, que l'insuccès se révèle ; la cause, à mon avis, doit en être cherchée, non pas dans une section du ligament au niveau de la suture, mais, le plus souvent, dans une rupture de ses fibres amincies et tiraillées.

Sans insister sur les nombreuses méthodes de sutures imaginées par chaque auteur, je signalerai comme avantageuses celles que préconise Segond, en faisant un nœud passant à travers une boutonnière des piliers.

Un point plus important est le degré de raccourcissement que l'on doit atteindre. Il faut que l'on tire le ligament assez pour approcher la corne de l'utérus de l'abdomen. Quatre ou cinq centimètres, comme l'a fait M. Terrillon, sont insuffisants ; il est nécessaire que la traction mette à découvert une longueur du ligament de dix ou douze centimètres. C'est à cette condition que l'utérus sera bien relevé et bien appliqué à la paroi abdominale.

Quant à l'usage post-opératoire du pessaire, je crois qu'on peut le négliger sans grand inconvénient.

M. Bouilly. — J'ai remarqué que le succès ou l'insuccès d'une opération d'Alexander dépend en grande partie de l'état du plancher pelvien, qui, dans certaines circonstances, joue un rôle important dans la reproduction de la rétroflexion. J'ai en effet constaté chez quelques femmes, qu'on ne parvenait à maintenir la réduction qu'en adjoignant au raccourcissement des ligaments la périnéorrhaphie ou la colpo-périnéorraphie. C'est souvent une condition de succès, et, lorsque l'indication se présente, je ne manque pas de combiner l'Alexander et cette restauration du périnée.

M. Schwartz. — Les faits dont j'ai été témoin confirment ce que M. Trélat vient de nous dire. Relativement à l'insuccès de l'opération, c'est presque toujours dans les trois premiers mois qu'il apparait ; plus tard il devient plus rare et je ne l'ai jamais remarqué sur mes opérées, dont l'une, que j'ai revue, il y a quinze jours, est restée très bien guérie depuis deux ans. Dans l'Alexander, qui me parait une bonne opération, lorsque l'utérus est mobile et réductible, je me suis toujours servi jusqu'à ce jour de fils de soie, dont la résistance est plus grande et la résorption moins rapide.

M. Le Dentu. — Chez trois malades atteintes de rétroflexion douloureuse, mobile, avec intégrité du plancher pelvien, j'ai fait un raccourcissement de 10 à 12 centimètres du ligament, jusqu'à ce que j'aie eu amené la corne utérine au contact de l'abdomen. Dans l'un de ces cas, j'ai employé le nœud de Segond, passant par la boutonnière à travers les piliers ; malgré cette fixation, j'ai eu un échec et, en moins de deux mois, la rétroflexion s'était reproduite ; mais quelque temps après, sous l'influence d'une grossesse, elle disparaissait, de même que les accidents qu'elle provoquait. Chez mes deux autres malades, opérées il y a quatre mois et douze mois, la guérison s'est bien maintenue ; peut-être faut-

il l'attribuer à la fixation du ligament au périoste de l'épine du pubis, et aux nombreuses sutures que j'échelonne le long du ligament.

M. TERRILLON. — Tout en faisant des réserves pour l'avenir à propos de l'observation de M. Lagrange, je crois que l'intégrité du plancher pelvien, ainsi qu'on l'a fait remarquer, est pour beaucoup dans le résultat jusqu'alors heureux, qu'il nous a signalé. Dans l'insuccès personnel que j'ai rapporté, le périnée avait été déchiré et le soutien normal n'existait plus.

CYSTITE DOULOUREUSE ANCIENNE. — URÉTÉRITE ET NÉPHRITE PURULENTES. TAILLE VÉSICO-VAGINALE ET NÉPHRECTOMIE : GUÉRISON.

M. BRUN. — En septembre 1886, j'examinais, pour la première fois, une femme qui, à la suite de plusieurs accouchements, avait été atteinte de cystite. Celle-ci, datant déjà de quelques années, s'était accrue, dans les derniers temps, et ses manifestations étaient devenues tellement pénibles que je dus pratiquer la taille vésico-vaginale. Durant le cours de l'opération, j'avais constaté que la couche musculaire de la vessie était très épaissie et que la muqueuse lui adhérait intimement et n'était que très peu mobilisable ; aussi est-ce à grand'peine que quelques points de suture furent posés par places sur les lèvres muqueuses, vaginale et vésicale. Après l'opération la malade fut très soulagée et je la laissai tranquille pendant six mois ; à cette époque quelques douleurs légères reparurent dans la région hypogastrique ; la fistule vésico-vaginale s'était un peu rétrécie, et la muqueuse avait repris sa mobilité sur la couche musculaire, ce qui me permit alors de suturer complètement les deux muqueuses l'une à l'autre.

Six mois plus tard, les signes d'une urétérite et d'une néphrite purulentes droites, que j'ai constatées dès le début, s'étant accentuées, je fus amené à mettre le rein à découvert. Je tentai d'arriver sur cet organe en utilisant le procédé de Trélat, c'est-à-dire par la voie antérieure abdominale. Après l'incision des téguments l'isolement du rein fut assez facile à la partie inférieure, mais en haut il me fut impossible de le libérer de ses adhérences avec les organes voisins et en particulier avec le colon ascendant qui était

solidement fixé à sa face antérieure ; je fis, dans la même séance, l'incision classique au niveau de la région lombaire, et je parvins avec quelque difficulté, après avoir reconnu qu'une néphrotomie serait insuffisante, à enlever complètement l'organe. Je dois faire remarquer que les tissus étaient tellement sclérosés que l'écoulement de sang fut insignifiant. L'opération fut suivie d'une fistule dont la disparition coïncide avec l'ablation de quelques fils de soie qui ne s'étaient pas résorbés. Quelque temps après j'ai fermé la fistule vésico-vaginale et, depuis deux ans, malgré un peu de fréquence des mictions, la malade peut être considérée comme guérie.

(*Bull. méd.*).

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Mars 1890.

—

LÉSIONS DU FOIE DANS LA SEPTICÉMIE PUERPÉRALE, AVEC ICTÈRE.

M. Pilliet montre les préparations du foie de deux malades mortes de septicémie avec ictère. Dans l'un il existe un certain nombre de nodules infectieux composés d'un amas central de globules blancs et de microbes, entouré d'une collerette de cellules en nécrobiose complète. Il existe, de plus, des infiltrations embryonnaires autour des espaces portes. Dans le second, les nodules semblables existent tant autour des veines qu'au milieu des lobules.

Ils sont très nombreux, presque confluents, bourrés de microbes ; les cellules hépatiques qui les entourent sont pour la plupart en nécrobiose. Dans la septicémie sans ictère on observe plutôt la dégénérescence graisseuse du foie que les îlots infectieux. En résumé, dans le foie infectieux on peut observer trois choses : l'infiltration embryonnaire des vaisseaux, surtout des espaces portes ; les dégénérescences en larges plaques des cellules du foie, et enfin les îlots dégénérés circonscrits, avec ou sans participation des vaisseaux et des leucocytes. C'est cette dernière lésion qui paraît jouer le plus grand rôle, on la retrouve dans l'éclampsie avec ictère et dans un certain nombre de maladies infectieuses : variole, typhoïde, etc.

M. Cornil. — Les altérations des cellules ont une importance qui est connue depuis les travaux de Weigert. Quant à l'état vésiculeux des noyaux, je l'ai signalé avec M. Brault dans l'intoxication phosphorée. Du reste, la démarcation n'est pas encore tranchée au point de vue des lésions entre l'infection et l'intoxication ; elle ne l'est qu'au point de vue de l'étiologie.

(*Bull. méd.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BERLIN

(*Séance du* 12 *février* 1890)

—

GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES.

M. Landau. — J'ai traité vingt-quatre cas de grossesse extra-utérine et sur ce nombre j'ai pratiqué la laparotomie dans six cas; dans deux (une grossesse ovarienne et une tubaire), il s'agissait de fœtus à terme et morts ; dans les quatre autres une rupture du sac fœtal était survenue dans les premiers mois de la grossesse.

Sur mes dix opérées une a succombé à une pleurésie six semaines après la laparotomie ; les cinq autres ont guéri.

J'ai ensuite opéré par la voie vaginale treize cas d'hématocèle dus à des grossesses extra-utérines. (Pour quelques-unes cependant le diagnostic n'était pas tout à fait sûr.) Ces treize opérées n'ont donné qu'une mort.

Enfin, j'ai traité par l'expectation cinq cas de grossesse extra-utérine dans lesquels des hémorrhagies foudroyantes se sont produites. De ces cinq malades trois guérirent.

Je dois encore mentionner deux cas d'erreurs de diagnostic. Dans l'un j'ai constaté pendant la laparotomie une tumeur de l'ovaire, au lieu d'une grossesse extra-utérine ; dans l'autre il s'agissait d'une grossesse ayant évolué dans une corne d'un utérus bifide. Comme j'avais déjà incisé la corne gravide, je fus obligé de procéder à l'extirpation totale de l'utérus. L'opérée guérit.

Pour ce qui concerne les injections de morphine, recomman-

dées par Winkel, je ne suis pas d'avis de les rejeter complètement. En effet, il y a des cas — comme dans la pratique des campagnes par exemple — où ce procédé peut être indiqué. Dans mon opinion, ce n'est pas la morphine qui tue le fœtus, mais l'action mécanique du liquide injecté et la piqûre. Je conseille de faire la piqûre par le vagin, après l'avoir soigneusement désinfecté. La seule chose à craindre avec ce procédé est l'hémorrhagie. Cependant les conditions dans lesquelles cette hémorrhagie se produit la rendent moins redoutable que lorsqu'un sac fœtal se rompt et s'ouvre dans la cavité abdominale, car alors le sang ne peut se coaguler et l'hémorrhagie continue jusqu'à ce que toute la cavité soit remplie. La compression à travers les parois abdominales ne peut pas arrêter l'hémorragie, et ceci explique la grande fréquence de la mort. Au surplus, lorsque malgré les injections de morphine le fœtus continue à vivre, on peut toujours pratiquer la laparotomie. Si, au cours de cette dernière, on s'aperçoit que les membranes sont détachées en grande partie, il faut tout enlever, placenta compris. Cependant on ne doit pas toujours insister sur cette extirpation complète, pour les deux raisons suivantes : d'abord on ne peut jamais être sûr du succès de la ligature des vaisseaux placentaires; ensuite la simple incision du sac avec suture aux parois abdominales donne souvent aussi les meilleurs résultats.

M. Veit. — Je crois comme M. Olshausen que toutes les fois que la chose est possible il faut pratiquer l'ablation totale du sac fœtal.

Quant au diagnostic, il doit surtout distinguer entre une grossesse dans une trompe intacte et une grossesse dans laquelle du sang s'est déjà épanché dans le sac fœtal.

Dans le premier cas, le sac fœtal donne au palper la sensation de mollesse propre à l'utérus gravide ; dans le second, le sac devient dur au toucher dès qu'il y a rupture et épanchement du sang.

Je considère les injections de morphine comme une pratique dangereuse à cause de l'hémorrhagie.

En présence d'une hémorrhagie foudroyante, le palper abdominal fournit des indications importantes.

Lorsqu'on ne trouve pas de tumeur pouvant être interprétée comme un hématome ou une hématocèle, on doit en conclure

que le sang s'épanche dans la cavité abdominale et procéder immédiatement à l'opération.

Quand, au contraire, on constate la formation d'une tumeur sanguine, le danger n'est pas aussi grand.

M. Gempen. — J'ai pratiqué la laparotomie avec succès dans quatre cas de grossesse extra-utérine au début. Le diagnostic est parfois extrêmement difficile. Un signe important est donné par ce fait que dans la grossesse extra-utérine, l'utérus peut atteindre les dimensions d'un organe gravide de quatre mois. Lorsque, à côté d'un tel utérus, on constate encore l'existence d'une tumeur et que les règles sont supprimées, le diagnostic de grossesse extra-utérine n'est pas douteux. Mais si, les règles étant toujours absentes, on trouve une tumeur à côté d'un utérus non augmenté de volume, le diagnostic reste obscur, car il peut très bien s'agir d'une simple tumeur. La consistance, — molle ou dure, — de la tumeur, ne peut non plus contribuer à trancher la question.

Le diagnostic est encore plus difficile, lorsque le volume de l'utérus correspondant à une grossesse de trois mois ; on trouve à côté une tumeur grosse comme le poing, car on peut admettre alors une grossesse intra-utérine compliquée de tumeur. Dans ce cas on a encore la ressource d'attendre quinze jours pour constater si au bout de ce temps la tumeur a augmenté ou non de volume. Le diagnostic se complique encore quand quelques semaines après la suppression des règles survient une hémorrhagie. On se demande alors s'il y a grossesse extra-utérine ou bien avortement chez une femme affectée de tumeur de l'ovaire ou de la trompe. Cette question ne peut être résolue que s'il y a élimination de lambeaux de caduque.

Je dois aussi mentionner que dans un de mes cas de grossesse extra-utérine survenue dans le ligament large, l'accès au sac fœtal était tellement difficile que, après avoir incisé le sac par en haut, je dus encore l'inciser par le vagin pour le drainer.

M. Virchow. — Je ne puis partager complètement l'opinion de M. Olshausen qui prétend que toutes les grossesses extra-utérines sont tubaires. Cette opinion est surtout difficile à admettre pour les gros lithopédions. En effet, l'autopsie montre qu'ils se trouvent en dehors de la trompe. Cependant ils sont souvent réunis à la trompe par des adhérences qui, à un examen superficiel, peu-

vent faire supposer que ces lithopédions se sont développés dans la trompe.

Je me rappelle avoir vu un lithopédion, datant de 26 ans, qui se trouvait en dehors et à côté d'une trompe absolument intacte.

(*Bull. méd.*)

REVUE DE LA PRESSE

SEPTICÉMIE PUERPÉRALE EXPÉRIMENTALE.

MM. J. STRAUS et D. SANCHEZ TOLEDO constatent que, chez les lapines, les femelles de cobayes, de souris et de rats, la cavité utérine et les sécrétions qui y sont contenues ne renferment pas de micro-organismes après la parturition. Les microbes si nombreux qui existent dans les premières voies génitales ne pénètrent donc pas à l'intérieur de l'utérus, ou, si quelques-uns y pénètrent, ils y sont rapidement détruits ou éliminés.

Ces résultats doivent être rapprochés de ceux publiés par Winter. D'après cet expérimentateur, le canal génital de la femme, à l'état physiologique, contient des microbes dans le vagin et la cavité cervicale, tandis que l'utérus et les trompes n'en contiennent pas. Les micro-organismes ne dépassent pas l'orifice interne du col.

MM. J. Straus et D. Sanchez Toledo arrivent aux conclusions suivantes : On peut impunément introduire dans la cavité utérine des rongeurs qui viennent de mettre bas, des quantités énormes de microbes éminemment pathogènes pour ces animaux (bacillus anthracis, vibrion septique, bactérie du charbon symptomatique, staphylococcus aureus), sans provoquer aucune infection. Un seul microbe a fait exception à cette règle, c'est celui du choléra des poules ; mais on sait combien le lapin est sensible à son action, et avec quelle facilité il s'infecte par toutes les voies naturelles.

Quelle est la raison de cette différence entre la vulnérabilité si grande de la plaie utérine, chez la femme en couches, et la résistance si extraordinaire de la muqueuse de l'utérus chez les rongeurs ?

Au moment de la parturition, la cavité des cornes utérines des rongeurs est, dans la presque totalité de son étendue, revêtue de son épithélium normal. On conçoit que les microbes ne puissent pénétrer

à travers un épithélium intact. Chez la femme, la chute de la caduque entraîne l'exfoliation épithéliale de la muqueuse utérine. Il y a plaie et, par suite, des portes ouvertes à l'introduction des germes.

Les lapins ne se prêtent donc pas à l'étude des infections d'origine utérine.

Tels sont les résultats des expériences entreprises par MM. J. Straus et D. Sanchez Toledo. Il est utile de signaler les travaux de pathologie expérimentale, même quand ils ne donnent pas des solutions satisfaisantes et démonstratives.

Les deux auteurs ont expliqué la cause de l'immunité de la muqueuse utérine des rongeurs après la parturition, quand on dépose des micro-organismes pathogènes dans la cavité des cornes utérines.

Des recherches de cet ordre ne sont évidemment que le prélude d'autres investigations microscopiques et bactériologiques qui seront, il faut l'espérer, extrêmement intéressantes. (*Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie* et *Gaz. des Hôp.*).

CENT OVARIOTOMIES PRATIQUÉES A LA CLINIQUE DES FEMMES DE KOENIGSBERG.

Le prof. DOHRN, qui a effectué cette série d'opérations du 1er mai 1883 au 1er avril 1889, relate quelques-uns des détails de sa pratique.

Comme il n'avait pas de salle d'opération particulière, il était chaque fois obligé de disposer une chambre quelconque à cet effet. Pour cela, il faisait soufrer la chambre pendant plusieurs jours, faisait laver les murs et le parquet avec une solution phéniquée à 3 % et ordonnait, pendant plusieurs heures, la veille de l'opération, des vaporisations avec une solution phéniquée à 5 %. Pendant l'opération, il n'usait jamais du spray.

Après chaque opération, on passait les instruments à l'étuve et on les envoyait aussitôt au nettoyage chez le fabricant ; une demi-heure avant l'opération, on les plongeait dans une solution à 5 %. Les éponges baignaient constamment dans la même solution et après l'opération on les lavait à l'acide chlorhydrique et à la soude étendus.

Il pratiquait les ligatures avec de la soie ou du catgut trempés dans le sublimé ; depuis le mois de novembre 1883, pour lier le pédicule, il a employé exclusivement la ligature élastique avec des crochets de

plomb pour retenir le caoutchouc, et il recommande ce procédé d'une façon toute particulière, car il est à la fois sûr et très simple.

Les malades prennent toujours un bain avant l'opération. Comme aides, il a recours chaque fois à deux étudiants qui, depuis vingt-quatre heures, doivent n'avoir touché aucun objet contaminé et doivent aussi s'être complètement désinfectés avant de pénétrer dans la chambre d'opération. Après chloroformisation on lave le ventre, d'abord avec une solution d'acide phénique à 3 % et ensuite avec de l'éther. On recouvre l'abdomen avec plusieurs couches de gaze. Après l'opération, on exerce, autour du corps, un certain degré de compression avec de la ouate.

Le prof. Dohrn, au point de vue des résultats, a constaté 96 guérisons et 4 morts. L'issue fatale a été occasionnée dans un cas par un iléus, dans un autre par de l'œdème pulmonaire ; une troisième malade mourut à la suite d'un phlegmon de la cuisse du côté gauche ; enfin, la quatrième succomba à la septicémie.

47 fois le kyste avait pris naissance dans l'ovaire gauche et 43 fois dans celui du côté droit ; 6 fois il s'agissait de kystes dermoïdes, 2 fois on trouva des kystes paraovariques.

Quant à l'âge des opérées, il a varié entre 14 et 63 ans. (*Centralbl. f. Gynækologie,* p. 137, 1890, et *Bull. méd.*)

DU TRAITEMENT DE L'OVARITE PAR L'ÉLECTRICITÉ

Par M. le Dr Brose.

Ce sont les courants faradiques à haute tension qui procurent les succès. Voici la technique adoptée par l'auteur :

On introduit l'anode dans le vagin. Le cathode qui est formé d'une large plaque est placé sur la paroi abdominale. On emploie un courant bipolaire et on prolonge la séance jusqu'à ce que la sensibilité ovarienne soit atténuée.

Il est nécessaire de répéter les séances un nombre de fois, qui varie d'ailleurs de quatre à trente-cinq, pour obtenir une guérison durable. A l'appui de ces conclusions M. Brose rapporte vingt-cinq observations. Vingt et une fois la guérison a été complète ; deux fois partielle, et nulle dans deux autres cas.

(*Central. f. Gynæk.*, 19 Oct. 1889).

DU DIAGNOSTIC DES TUMEURS LIQUIDES DE LA MAMELLE.

La nature exacte des tumeurs du sein est parfois très difficile à déterminer ; les tumeurs liquides notamment donnent lieu à de fréquentes erreurs de diagnostic.

M. le docteur Schwartz rapporte quatre observations personnelles de ce genre de tumeurs de la mamelle, dont le véritable caractère n'a été reconnu que pendant l'opération.

Dans le premier cas il s'agissait d'une tumeur douloureuse absolument dure, du volume d'un œuf d'oie, adhérente à la peau, ulcérée à sa surface et compliquée d'un ganglion volumineux siégeant le long de la paroi interne de l'aisselle. La lésion, qui remontait à huit années, avait beaucoup grossi dans les derniers temps, sans avoir pour cela altéré la santé générale de la malade. Le diagnostic posé fut : tumeur solide maligne greffée sur une tumeur bénigne en voie de transformation. Or, l'eschare qui recouvrait la tumeur s'étant détachée, il s'écoula environ 100 gr. d'un liquide épais, couleur chocolat, renfermant une multitude de cristaux de cholestérine ; de la tumeur il ne restait plus qu'un noyau dur, gros comme une noisette qui fut enlevé. Il s'agissait simplement d'un kyste mammaire ancien, développé sur un fibrôme et dans lequel s'était épanché récemment du sang qui l'avait distendu et amené peut-être le sphacèle de la paroi.

Dans la deuxième observation, M. Schwartz rapporte qu'une tumeur du volume d'un œuf de poule, dure, sans trace de fluctuation, mobile sous la peau, légèrement mamelonnée à la surface et ne datant que de quelques semaines, fut prise pour une tumeur solide bénigne, un adéno-fibrôme probablement. La malade avait 54 ans, et ne présentait pas d'adénopathie axillaire ni d'écoulement par le mamelon.

L'ablation montra que c'était une tumeur liquide très tendue renfermant des cristaux de cholestérine, et entourée d'une coque fibreuse très épaisse en avant, très mince en arrière.

Le troisième cas concerne une jeune fille de 22 ans, qui portait dans le sein droit une petite tumeur aussi dure que du marbre, mobile, et ressemblant à une bille de billard. Malgré sa grande dureté, la tumeur offre un léger degré d'élasticité qui fait supposer l'existence d'un kyste greffé sur une tumeur solide bénigne. C'était un kyste hydatique, comme l'examen ultérieur à l'opération l'a vérifié.

Dans la dernière observation, il s'agit d'une femme de 35 ans, qui avait dans le sein gauche une tumeur lobulée très dure, sans délimitation avec les lobules mammaires, qui avait beaucoup augmenté depuis les trois derniers mois. Pas de ganglions axillaires.

On pense à une tumeur bénigne mais solide, tandis que l'opération révèle un kyste recouvert d'une grosse épaisseur de tissu glandulaire en avant. L'auteur passe ensuite en revue les caractères qui peuvent faire songer à un kyste de la mamelle, sans rien préjuger de la nature de l'affection sur laquelle il est généralement greffé.

La sensation de rénitence et d'élasticité est un signe principal, c'est même un symptôme pathognomonique lorsqu'il est franchement perçu. Malheureusement ce n'est pas le cas le plus souvent, parce que la tumeur ou bien est très bien tendue, très remplie, ou bien est entourée de tissus solides qui masquent la sensation. A côté de lui se place la régularité de la forme de la tumeur, qui est sphérique ou ovoïde ; toutefois les fibrômes et les sarcômes peuvent aussi revêtir les mêmes allures.

Il faut aussi tenir grand compte du développement rapide d'une tumeur qui conserve néanmoins les caractères principaux de la bénignité.

Malgré tout, le diagnostic restera souvent impossible, et douteux dans un grand nombre de cas ; la ponction exploratrice avec une aiguille de Pravaz est seul capable de trancher la question, encore faut-il que le liquide kystique ne soit pas trop épais, comme cela arrive fréquemment.

(*Gaz. de Gyn.*).

CAS DE LAPARO-HYSTÉRECTOMIE.

M. De Saint-Moulin a soigné une femme portant une tumeur abdominale volumineuse, due à un fibrome utérin ; celui-ci avait les dimensions d'une tête de fœtus à terme.

Des hémorrhagies répétées et abondantes avaient épuisé la malade et son état général exigeait une intervention prompte et efficace.

Notre habile confrère s'est rapidement décidé pour l'ablation par la voie abdominale, la seule possible.

Il s'est entouré des soins antiseptiques les plus minutieux, a ouvert l'abdomen et attiré la tumeur à l'extérieur ; le pédicule, très gros, a été étreint par une ligature élastique et fixé au bas de la plaie ; deux

broches en croix le retenaient à l'extérieur pendant que le pourtour était suturé à la partie inférieure des lèvres de l'incision.

La perte de sang a été insignifiante et l'opérée a guéri sans encombre.

Vu l'état du pédicule, M. De Saint-Moulin n'a pas cru pouvoir le rentrer dans la cavité abdominale, ce qui constitue la méthode idéale quand elle est applicable.

Il n'a pas voulu non plus dans ce cas extirper dans un second temps le pédicule par la voie vaginale, ainsi que certains auteurs l'ont proposé. L'expérience, en effet, n'a pas encore décidé en faveur de ce procédé.

M. Jacobs, qui a dernièrement préconisé cette dernière façon d'achever l'opération, relate à ce propos un cas où elle a été suivie de prolapsus complet du vagin. Il attribue cet accident consécutif au manque de soutien du canal, lorsque le col utérin a été enlevé. C'est pourquoi il a changé d'opinion à ce point de vue.

M. Hubert estime que le cas visé par M. Jacobs est absolument exceptionnel et ne peut suffire pour faire rejeter la méthode.

(*Journal d'Accouchements*, 30 janvier 1890.)

DE LA PÉRINÉORRHAPHIE PAR LA MÉTHODE DE LAWSON TAIT

Par le Dr Adolf Torngren.

L'auteur rapporte quatorze cas où il a pratiqué avec succès la périnéorrhaphie d'après Lawson-Tait. (*Finska I ak. Hand*, février 1890.)

Les déchirures du périnée étaient complètes dans trois cas, dont l'un était compliqué de prolapsus de l'utérus et du vagin et d'une fistule vésico-vaginale. Dans les autres cas, les déchirures étant incomplètes, il y avait prolapsus de l'utérus ou du vagin chez cinq malades, des déchirures du col chez deux. Chez les quatre dernières malades il existait du catarrhe utérin grave. En raison de ces complications les opérations suivantes (sauf la périnéorrhaphie) furent pratiquées : neuf curettages de l'utérus, deux trachélorrhaphies, quatre élythrorrhaphies, trois amputations du col et enfin l'opération de la fistule vésico-vaginale.

Les opérées n'ont pas eu de fièvre ; chez une seule la température monta les deux premiers jours jusqu'à 38,2. Des purgatifs légers ont été administrés dès le premier jour.

COLLECTION PURULENTE PRIMITIVE DU VAGIN ET PYOMÉTRITE CHEZ UNE JEUNE FILLE DE TREIZE ANS.

M. Rheinstaedter (de Cologne) a eu l'occasion d'observer une jeune fille de treize ans qui, depuis longtemps, souffrait de la vessie. Cette enfant pâle, amaigrie, sans appétit, avait une légère élévation de la température (38°5).

A l'examen on constata l'existence d'une tumeur arrondie, remontant du bassin jusqu'à l'ombilic et de laquelle se détachait à droite de la ligne médiane, une saillie globulaire de la grosseur d'une pomme. On eût dit par la palpation, qu'il s'agissait d'un kyste de l'ovaire.

Les règles ne s'étaient jamais montrées ; l'enfant accusait certaines douleurs, mais elle pouvait aller à l'école, travailler aux champs et était depuis quelque temps seulement dans l'impossibilité d'émettre spontanément l'urine.

La tumeur proéminait fortement dans le rectum et, à ce niveau on constatait une fluctuation manifeste. M. Rheinstaedter ayant pratiqué l'incision de la membrane hymen, vit s'écouler trois litres d'un pus épais ; la tumeur s'affaissa, mais il persistait encore dans la région hypogastrique droite une saillie cylindrique. Un drain en caoutchouc, de la grosseur du petit doigt, fut mis en place et on pratiqua deux fois par jour des lavages avec une solution de permanganate de potasse.

Au bout de quinze jours, la sécrétion était tarie et la malade pouvait être considérée comme guérie.

En terminant, l'auteur fait remarquer que, s'il est assez fréquent de voir le contenu d'une hématocèle vaginale ou utérine subir la transformation purulente, la collection purulente, primitive du vagin et les pyométrites du même genre, sont au contraire très rares. (*Centralblatt f. Gynæcologie,* p. 142, 1890.)

NOUVELLES

Cours de pathologie chirurgicale. — M. Paul Segond, agrégé, chargé du cours, a commencé ce cours le lundi 17 mars 1890, à 3 heures

de l'après-midi (petit amphithéâtre), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure. Ce cours portera sur la Gynécologie chirurgicale.

—

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE. — M. le professeur Pinard a commencé ce cours le vendredi 21 mars 1890, à 9 heures du matin (Clinique Baudelocque, à la Maternité, 125, boulevard de Port-Royal), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Ordre du cours : lundi et vendredi : Leçons à l'amphithéâtre ; Visite des malades tous les matins, à 9 heures.

—

COURS COMPLÉMENTAIRE D'ACCOUCHEMENTS. — M. Ribemont-Dessaignes, agrégé, a commencé ce cours le mardi 18 mars 1890, à 6 heures petit amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : Pathologie de la grossesse ; dystocie ; opérations.

—

COURS D'ACCOUCHEMENTS SPÉCIAL AUX ÉLÈVES SAGES-FEMMES. — M. Bar, agrégé, a commencé ce cours le mardi 18 mars 1890, à huit heures du matin (petit amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Seront admises :

1° Les élèves sages-femmes en cours d'études depuis le mois de novembre 1889 ;

2° Les élèves sages-femmes qui auront subi, avec succès, à la session de mars 1890, l'examen d'admission à la clinique.

Une carte spéciale sera délivrée à chacune des élèves sages-femmes ci-dessus désignées, le lundi 17 mars, de trois à quatre heures de l'après-midi, au secrétariat de la Faculté (guichet n° 1).

—

LES FEMMES MÉDECINS. — La Chambre des représentants en Belgique vient de consacrer par un vote le droit pour les femmes d'exercer la médecine et la pharmacie d'une façon générale et sans distinguer, comme le faisait la loi de 1876, entre les diverses branches de l'art de guérir. (*Lyon médical.*)

VARIÉTÉS

—

MARIAGE CHEZ LES FOUS. — Le prince S..., dont les curieuses aventures ont défrayé les conversations l'année dernière, va intenter une action en nullité de mariage contre sa femme, une ancienne actrice, basée sur ce fait qu'il était fou au moment où il l'a épousée. On se souvient que le prince s'échappa d'un Asile d'aliénés, à Dœbling, se sauva en Allemagne et fut reconnu sain d'esprit par plusieurs médecins de Bonn. Il avait été enfermé dans la maison de santé de Dœbling à la requête de sa femme.

(*Progrès méd.*).

—

OPÉRATION SOUS L'INFLUENCE DE L'HYPNOTISME. — Bien que rares encore, les opérations de ce genre commencent à faire quelque bruit dans le monde médical. En voici un exemple récent :

Un garçon de 17 ans, suédois, entre le 8 septembre 1889 à l'hôpital Saint-Barnabé (de Minneapolis), dans le service du Dr Wood pour une ostéo-myélite du tiers supérieur de l'humérus. Le Dr Toll l'hypnotisa six fois dans les trois jours qui précédèrent l'opération, afin de l'y habituer ; au moment de l'opération, on l'hypnotisa dans son lit, puis on le conduisit à l'amphithéâtre où on le fit coucher sur le lit. Plusieurs fistules furent explorées, grattées, injectées, puis on fit une incision de 4 pouces de long à la face externe du tiers supérieur du bras, jusqu'à l'os, et à l'aide du ciseau on fit une ouverture de 3 pouces de long et de 3/4 de pouce de large jusqu'au canal médullaire, ce qui fut très difficile à cause de l'éburnation de l'os. Pansement très facile parce que le patient prit toutes les positions nécessaires, au commandement. Enfin, on lui ordonna de se réveiller à midi et de demander à manger, ce qu'il fit ponctuellement. Aucune douleur apparente pendant l'opération. (*New-York med. Record*, 4 janv. 1890, p. 11.)

—

RÉGLEMENTATION DES SAGES-FEMMES. — *Londres.* — On s'occupe beaucoup actuellement en Angleterre, comme en Allemagne, des modifications à apporter à l'éducation des sages-femmes. En Angleterre, les sages-femmes ne sont soumises à aucun règlement. Est sage-femme qui veut. Il n'est pas possible qu'un pareil état de choses persiste.

Déjà au dernier Conseil général de la médecine on s'est occupé de la question ; mais aucune mesure n'a encore été prise. La réglementation des sages-femmes s'impose cependant.

—

UNE FEMME PÉTRIFIÉE. — Nous lisons dans un journal de Winnipeg (Canada). « Il y a environ seize ans, mourait dans notre ville une femme nommée Adélaïde Rolade, qui fut ensevelie à vingt milles de la ville. Son mari, M. Rolade, se rendit, il y a quelques jours, au lieu de sa sépulture pour l'exhumer et transporter ses restes dans un autre cimetière. Mais quelle ne fut pas sa surprise et celle de quelques amis venus avec lui, en trouvant le corps de la morte dans un état de conservation parfaite et n'ayant pas perdu un seul de ses cheveux. Leur étonnement augmenta lorsqu'ils voulurent la soulever; elle pesait le poids énorme de 700 livres ! Un examen attentif fit découvrir que le cadavre avait été déposé dans le voisinage d'une source alcaline dont l'action lente et continue avait amené sa complète pétrification !. »

(*Journ. de méd. de Paris.*)

—

UNE NOUVELLE IVRESSE. — *Le naphtolisme.* — L'Amérique, la terre classique des excentricités de toutes sortes, vient de nous révéler un nouveau genre d'ivresse d'une nature originale. Il existe à Boston et dans les environs un nombre très considérable de manufactures de caoutchouc, à la purification duquel le naphte est employé. Ce naphte, en ébullition, est contenu dans de grandes cuves et soigneusement préservé des atteintes de l'air. Ces manufactures sont une ressource précieuse pour la classe ouvrière, car on y emploie une grande quantité de femmes et de jeunes filles. On ne tarda pas à s'apercevoir, dans l'une de ces fabriques, que la presque totalité des ouvrières semblaient être dans un état perpétuel d'ébriété. On les surveilla et l'on fut stupéfait de constater qu'elles s'enivraient à plaisir en respirant les vapeurs qui s'échappaient des chaudières de naphte. Ces femmes déclarèrent que ce funeste abus était devenu pour elles presque une nécessité, par l'habitude qu'elles en avaient contractée. Les sensations que cette ivresse procure sont, paraît-il, si délicieuses qu'elles surpassent les enchantements et les molles rêveries que fait naître l'opium ou le haschish. (*Inv. Nouv.*)

—

UN PHÉNOMÈNE. — L'hospice de Lisieux aurait reçu une malade

d'une taille de géant. C'est une fille âgée de 13 ans seulement, et mesurant 2 mètres 10 de hauteur. La sœur de cette géante, qui n'est âgée que de 10 ans, aurait déjà presque, paraît-il, les proportions phénoménales de son aînée. Nous serions heureux d'avoir des renseignements précis sur ce cas et d'abord sur la véracité du fait.

(*Gaz. de Gyn.*)

BIBLIOTHÈQUE

—

I. **Les enfants tuberculeux**, par le Dr B. Blache. Paris, 1890.

II. **Absorption intestinale de l'eau de Vichy donnée en lavements dans les affections hépatiques compliquées de dilatations de l'estomac**, par le Dr Frémont. Paris, Levé, 1890.

III. **Du procédé opératoire à employer pour le lavage de l'estomac**, par le Dr Henri Faucher. Paris, Lecrosnier et Babé, 1890.

IV. **Traitement abortif de la blennorrhagie**, par le Dr Malécot, Paris, Doin, 1890.

Dans ce court et excellent travail, notre distingué confrère, le Dr Malécot (de Paris) préconise, comme traitement abortif de la blennorrhagie chez l'homme, les instillations de solutions faibles de nitrate d'argent, les injections boriquées, l'antisepsie rigoureuse du prépuce et du gland et l'antisepsie médicale, à l'aide du santal ou mieux du salol. Il y a lieu de s'associer aux conclusions de l'auteur et, avec lui, nous considérons comme absolument surannée la théorie qui laisse, de parti pris, l'urèthre suppurer pendant des semaines avant d'essayer toute intervention.

V. **La voix parlée et chantée. Revue mensuelle**, par le Dr Chervin. Rédaction et administration, avenue Victor Hugo. Nous recevons le premier numéro de ce nouveau journal. Nous souhaitons le meilleur succès à notre confrère.

VI. **Traitement des tumeurs fibreuses interstitielles, par le drainage lympho-galvanique positif**, par le Dr H. Baraduc. Paris, 1889.

VII. **Du pambotano dans le traitement des fièvres intermittentes**. Paris, 1890.

VIII. **De l'absorption par la peau pendant le bain**, par le Dr Hermann Keller. Paris, 1890.

IX. **Les bains Salins de Rheinfelden (Suisse)**. Paris, 1889.

X. **La stérilité chez la femme et son traitement médico-chirurgical**, par le Dr Lutaud. Paris, Maloine 1890. (*Sera analysé.*)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

69. — Dilatation non sanglante du col utérin dans les hémorrhagies dues aux fibromes, par Kaltenbach. (*Cent. f. Gynœk.*, 1888, n° 45.)

Nélaton, Baker Brown et Mackintosh avaient déjà démontré que l'incision du col de l'utérus avait une action énergique, hémostatique dans les cas de fibromes interstitiels.

Cette méthode, déjà préconisée par Emmet, Chéron, Walton, etc., a été reprise par Kaltenbach qui l'a employée dans trois cas de fibromes utérins, où l'ergotine, le curettage avaient échoué, et qui vit les hémorrhagies s'arrêter à la suite de la dilatation du col et de la discision.

Il recommande cette méthode chez les femmes arrivées à l'âge de la ménopause et dont l'état n'est pas assez grave pour nécessiter l'hystérectomie.

***

70. — L'usage des tampons dans la grossesse, par G. Noble. — Dans les cas d'engorgement de l'utérus et de vomissements dus à cet état pathologique, les tampons imbibés de glycérine, contenant un modificateur quelconque, ont donné d'excellents résultats. En cas de déplacement de l'organe, les tampons ne suffiront pas pour le redresser, mais prépareront le terrain pour permettre l'usage d'un pessaire approprié.

En cas de rétroflexion irréductible, le tampon décongestionne les tissus, les rend plus souples et moins volumineux, de façon que la réduction devient possible.

L'enclavement de l'utérus antéfléchi est si rare que beaucoup d'auteurs le nient : il peut cependant exister s'il y a contraction des ligaments postérieurs par la paramétrite et s'il y a des adhérences antérieures au fond, qui le fixent en antéversion. Dans ce cas, le développement se fera aussi bien en bas qu'en haut, et il pourra devenir enclavé si la grossesse va assez loin, à moins que les adhérences ne cèdent.

Le Dr Noble a rencontré un cas de ce genre où il a pu obtenir la réduction au moyen de la glycérine et de la compression.

La dilatation sacciforme et l'allongement hypertrophique du col pendant la grossesse, peuvent être traités de la même façon pour soulager la malade, au moyen d'un soutien mécanique.

Dans le prolapsus, il faut recourir au même moyen jusqu'à ce que l'utérus soit assez volumineux pour rester au-dessus du détroit supérieur.

Dans le prolapsus vaginal, l'onguent au goudron, 1 gr. sur 30 de vaseline, est appliqué sur la muqueuse au moyen d'un tampon de ouate, de façon à ne pas toucher le col.

La dysurie résultant de la compression est un des troubles les plus fréquents de la grossesse, des plus faciles à soulager au moyen de quelques tampons à la glycérine, appliqués sur le bas-fond de la vessie, de façon à le soutenir.

Le tampon dans les déchirures du col pendant la grossesse. — Les déchirures du col pendant un accouchement précédent, sont une des causes les plus fréquentes d'expulsion prématurée de l'œuf, dans les grossesses ultérieures.

L'engorgement qui les accompagne augmente beaucoup pendant la grossesse : les lèvres du col gonflent au point d'amener un ectropion complet; il y a tendance aux hémorrhagies, accompagnées de douleurs et de contractions de l'utérus, la portion vaginale est quelquefois énorme : ces symptômes ne sont, du reste, pas proportionnés à l'étendue de la déchirure.

Pour obvier à ces accidents et empêcher la fausse-couche, il faut :

1° Corriger le déplacement de façon à redresser les vaisseaux sanguins ; de cette façon, la circulation du sang devient plus facile (Emmet).

2° Diminuer le gonflement, au moyen de la glycérine.

3° Maintenir les tissus en place pour éviter le retour des accidents.

4° Ramollir le col, ce qui permet à la fibre utérine de se contracter sans donner des nausées.

Il faut appliquer des tampons en augmentant progressivement leur volume, et les continuer tant que l'utérus ait un volume suffisant pour rester au-dessus du détroit supérieur ; puis en diminuer progressivement le volume avant d'en cesser l'emploi.

Si la sécrétion est très abondante, il faut employer l'onguent au

goudron ou l'insufflation de poudre de tannin, surtout s'il y a prolapsus et éversion du col.

NOTE. — En lisant ce travail dans le *Journal d'accouchements*, auquel nous l'empruntons, nous ne pouvons nous empêcher de dire que c'est à M. le Dr Jules Chéron, le premier qui ait appris aux gynécologistes français l'utilité des tampons glycérinés, que l'on doit également le traitement préventif des fausses-couches par les pansements glycérinés dans le cas de congestion chronique, d'engorgement, d'ectropions et d'ulcérations du col.

Depuis longtemps il a montré, dans ses leçons cliniques, que ces pansements, répétés au besoin une à deux fois par semaine, en prenant soin de ne pas violenter le col de l'utérus pendant l'introduction du spéculum, permettent de conduire à leur terme normal des grossesses qui avaient été précédées jusque-là d'une série de fausses-couches.



71. — Traitement de la constipation par l'attitude. — Quelques auteurs américains, Abbott, entre autres, ont insisté, dans ces derniers temps, sur ce qu'il a y d'antiphysiologique dans l'attitude assise, adoptée pour l'exonération, et recommandent l'attitude accroupie comme étant celle qui permet de donner à l'action du diaphragme et des muscles abdominaux, dans l'effort, le maximum de l'effet utile.



72. — Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement du prolapsus utérin, par le Dr JOUVE (Thèse 1889). — La dénomination classique de prolapsus utérin est mauvaise, car il y a toujours, outre la descente d'utérus, prolapsus du vagin, cystocèle et rectocèle. Le terme de prolapsus vaginal conviendrait mieux.

Quoi qu'il en soit pour la production du prolapsus utérin, il faut : 1° que les ligaments utérins et particulièrement les utéro-sacrés aient perdu leur résistance ou soient atteints de faiblesse congénitale ; 2° que le périnée ait été déchiré ou que le plan musculaire sous-jacent ait été rompu, ou se soit naturellement à peine développé ; 3° enfin qu'un effort soit brusque et violent, soit lent, continu ou à répétition, s'exerce sur les organes du petit bassin.

La cystocèle et la rectocèle précèdent presque toujours le prolapsus utérin et y contribuent dans une large mesure. L'emploi des pessaires est inefficace et dangereux. Il faut recourir au traitement chirurgical. C'est la colpopérinéorraphie par le procédé de Martin que l'auteur préconise.

***

73. — Malformation utérine pendant l'accouchement (SECHEYRON.) — L'anomalie utérine, utérus bilobé, rapportée par M. Secheyron, a été diagnostiquée d'après les données du palper, et grâce à la présence d'une bride vaginale.

Le diagnostic fut confirmé par le toucher intra-utérin aussitôt après la délivrance.

Parmi les signes diagnostiques passés en revue par l'auteur, je signalerai, en particulier, celui tiré de la hauteur relative des deux ovaires. Ce signe est d'autant plus appréciable que la malformation, utérus bilobé, est plus profonde : les deux cornes utérines n'ayant pas subi le même degré d'hypertrophie, l'ovaire de l'une est plus bas que celui de la corne gravide.

La valeur de la présence de la bride vaginale dans un cas de soupçon d'anomalie utérine a été également bien mise en relief, ainsi que son influence sur le travail. Cette bride est une barrière à la progression de la tête, de la partie fœtale qui se présente ; sa rupture devient une indication formelle. Elle s'opère du reste sans inconvénient.

L'ensemble des cas recueillis par l'auteur est des plus favorables à cette manière d'agir ; plusieurs fois l'accoucheur a ainsi sauvé la vie des enfants et mis la mère à l'abri d'accouchements très laborieux ou même d'accidents plus graves, tels qu'une rupture de l'utérus. (*Bul. soc. obst.*, avril 1889, et *Rev. de Thérap. méd. chir.*)



74. — Des terreurs nocturnes chez les enfants et leur traitement. (HUCHARD.) — Tous les praticiens ont rencontré de jeunes enfants âgés de 30 mois à 10 ou 12 ans, qui se réveillent une ou plusieurs fois pendant la nuit, en proie à de véritables terreurs dont le souvenir persiste dans la journée à tel point que les petits malades voient toujours l'approche de la nuit avec une grande inquiétude. Au moment de leur sommeil, il faut que les mères restent là, prenant leurs mains pour les rassurer ; il faut que les

lumières soient allumées, et cependant toutes les nuits les mêmes terreurs se reproduisent. Il peut en résulter souvent un état d'affaiblissement et d'adynamie, puisque la qualité et la quantité de sommeil physiologique sont insuffisantes.

La thérapeutique de cet état morbide, si préjudiciable à la santé des enfants, réside surtout dans le traitement de la cause. Laissons-là les auteurs allemands, Soltmann, Niemeyer et Hénoch, qui ont cité parmi les causes, la fièvre typhoïde, la pneumonie, la viciation de l'air, etc., car ils me paraissent confondre les terreurs nocturnes *accidentelles*, symptomatiques d'états morbides divers, et celles qui dépendent de l'état nerveux du sujet. En France, on s'est occupé de cette question, et on l'a mieux étudiée au point de vue clinique.

Il existe ordinairement chez ces petits malades une tare nerveuse dans la famille (hystérie, épilepsie, déchéance intellectuelle, idiotie, etc.) ; j'ai rencontré souvent, pour ma part, ces terreurs nocturnes chez les enfants d'alcooliques, et surtout chez les nourrices, abusant de liqueurs spiritueuses ; eux-mêmes ont déjà présenté quelques manifestations névropathiques. Mais je crois que M. Auguste Olivier émet une opinion exagérée en disant que 99 fois sur 100, cet état morbide est une forme larvée de l'hystérie (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, août 1889). J'ai vu assez souvent ces terreurs nocturnes coexister avec l'incontinence nocturne d'urine. Enfin chez les enfants nerveux, les histoires de croquemitaines qu'on leur raconte trop souvent, peuvent devenir une cause déterminante de ces terreurs nocturnes.

En tout cas, M. Olivier a raison de dire que l'on doit traiter ces enfants comme nerveux. Il ne faut pas prescrire des douches ou des lotions froides qui les excitent, mais des bains tièdes de 10 à 20 minutes, et les sédatifs ordinaires du système nerveux : bromures de potassium ou de sodium à la dose de 0,50 centigr. à un ou deux grammes ; des préparations de valériane, de choral, de l'antipyrine, etc. Mais, l'opium est absolument contre-indiqué. (*Rev. clinique et thér.*, n° 34, 1889.)



75. — Traitement de l'angine diphthérique au début par l'emploi exclusif des grands lavages thymiques, par le Dr GALLOIS. — Au mois de juin de cette année, j'ai fait à la Société de Médecine de l'Isère une première communication sur un

mode de traitement de l'angine diphthérique, inauguré par moi en octobre 1886, continué sans interruption depuis cette époque, et dont les résultats ont été si remarquables que je crois devoir signaler aujourd'hui non seulement les détails pratiques de la méthode, mais aussi les principes sur lesquels elle est basée. Je tiens à prouver ainsi qu'il n'est point question d'un remède contre la diphthérie, mais d'une méthode générale de traitement qui n'emprunte rien à l'empirisme et découle en quelque sorte nécessairement de nos connaissances actuelles sur la diphthérie et l'enchaînement régulier de ses manifestations.

Il ne sera question, dans ce travail, que de l'angine, considérée comme le point de départ à peu près constant de la diphthérie, tous les autres symptômes n'étant, dans l'immense majorité des cas, qu'une conséquence de l'angine, et devant même faire plus ou moins complètement défaut si le foyer infectieux est, dès son apparition, détruit sur place ou au moins rendu inoffensif.

Je laisserai donc complètement de côté, dans ce premier travail, la question du croup et, par conséquent, de la trachéotomie, qui restera toujours le traitement d'urgence indiqué avant tout autre dans les formes rapidement asphyxiques de la maladie.

Je n'aborderai pas davantage l'étude des complications tardives. Ce sujet, bien qu'il donne lieu à des considérations thérapeutiques aujourd'hui bien définies, est trop vaste pour qu'il me soit possible de le traiter ici avec tous les développements qu'il comporte.



76. — Traitement des vomissements rebelles.

I. Teinture d'iode.................... XVI gouttes
Eau distillée...................... 60 grammes.

M. S. — A prendre par cuillerée à café toutes les demi-heures.

II. (Mixture de *Randolph*.)

Créosote............................ X gouttes
Acide acétique...................... XL —
Sulfate de morphine................. 0 gr. 12
Eau distillée....................... 60 grammes.

M. S. — A prendre par cuillerée à café toutes les demi-heures.

III. Acide phénique	1 goutte
Chloroforme	III —
Alcool	XX —
Eau distillée	15 grammes

M. S. — En une seule fois ; à répéter une demi-heure après, s'il est nécessaire. Surtout utile dans le choléra asiatique.

IV. (*Choléra infantile.*)

Acide phénique	XXIX gouttes
Alcool phénique	XXIV —
Eau de menthe	45 grammes
Mucilage de gomme arabique / Sirop de pavots	āā XV gouttes

M. S. — A prendre par cuillerée à café toutes les deux heures.

***

77. — Traitement du prurit anal et vulvaire. (*Dublin Journal of medical Sciences*, october 1888.)

R. Hypophosphite de soude	15 gram.
Acide carbonique	2,5
Glycérine pure	8 gram.
Eau distillée	120 —

M. S., employer en lotions.

***

78. — Potion contre la toux paroxystique de la coqueluche. (Deck.)

Chlorhydrate de cocaïne / Sulfate de morphine	āā 10 centigr.
Extrait de réglisse / Glycérine	āā 2 gr.
Eau distillée	90 gr.

M. D. S. — Une cuillerée à dessert au moment des quintes ; répéter la potion toutes les 2 heures et plus souvent selon l'intensité de la toux.

***

79. — Herpès génital. (BESNIER.) — Lorsque la peau a une grande tendance à la sécheresse, il faut recourir à de fréquentes onctions avec la vaseline ; si, au contraire, elle présente trop d'humidité, il faut la poudrer avec un mélange tel que le suivant :

Amidon............................	100 gr.
Tannin............................	5 —
Sous-nitrate de bismuth..............	1 —

Les lavages seront faits avec de l'eau phéniquée très étendue.

Quant aux ulcérations, même consécutives à l'herpès, il faut les traiter par des pansements astringents, mais jamais par les cautérisations.



80. — De l'antipyrine en obstétrique, par le docteur AUVARD, accoucheur des hôpitaux, et M. LEFEBVRE, interne des hôpitaux. Après avoir cité plusieurs observations, les auteurs arrivent aux conclusions suivantes :

1° Chez certaines femmes particulièrement impressionnables, l'administration de l'antipyrine, pendant le travail, semble produire un soulagement réel, mais le plus souvent léger, dû soit à l'action propre du médicament, soit plutôt à l'influence morale et suggestive de l'injection hypodermique ;

2° Dans la majorité des cas, l'action de l'antipyrine est nulle ;

3° Donc, sans nier les bons résultats qu'on peut exceptionnellement obtenir à l'aide de ce médicament, son heureuse influence sur les douleurs de l'accouchement doit être considérée comme très inconstante, et on ne peut, en aucune façon, le mettre en parallèle avec le chloral ou le chloroforme à dose obstétricale, dont la puissance anesthésique est aujourd'hui incontestable.



81. — Traitement de la phlébite. (MUSELIER.)

Dans le cas de phlébite simple, applications de sangsues, onctions avec une pommade mercurielle ou opiacée, cataplasmes, bains locaux si l'inflammation siège au membre supérieur. Si la veine suppure, donner une prompte issue au pus. — Lorsqu'on a affaire à la phlébite spontanée, le danger réside dans la possibilité d'une embolie pulmonaire. Pour prévenir cette grave éventualité, placer le membre sur

des coussins, de telle sorte que son extrémité libre soit sur un plan supérieur à celui de la racine, de manière à favoriser à la fois la circulation en retour et la disparition de l'œdème. Immobiliser longtemps le malade dans son lit, tout mouvement brusque étant à redouter au point de vue de l'embolie. — Se méfier des onctions mercurielles, qui peuvent déplacer les coagulations intra-veineuses. — Dans les cas où une phlébite de longue durée a déterminé un état œdémateux du membre, on conseille la compression avec de l'ouate et des bandes de caoutchouc. S'il s'est produit de l'atrophie musculaire, on a recours aux courants électriques, au massage et aux bains sulfureux.



82. — Du traitement du chloasma et des taches pigmentaires de la gravidité, par M. le Dr V. MONNER. — Cet inconvénient fort rebelle de la grossesse a exercé depuis longtemps la patience des dermatologistes et des thérapeutes qui veulent le guérir, mais qui, le plus souvent, interviennent sans résultats. Voici le traitement que l'auteur propose et qui lui aurait procuré des succès.

Il fait préparer la pommade suivante :

Précipité blanc..............	0,08 centigrammes
Oxyde de zinc purifié.......	0,20 —
Beurre de cacao...........	ââ 50 grammes
Huile de ricin.............	
Essence de rose..............	q. s.

On pratique quotidiennement sur les taches : deux onctions avec cette pommade, une le matin et l'autre le soir. Il est utile de déterger préalablement la peau par une lotion savonneuse. (*Monats prak. Derm.*, août 1889.)



83. — Traitement de la phlegmatia alba dolens. (DELORE et POULLET.) — Repos absolu dans le décubitus dorsal. Le membre malade étant placé dans l'extension forcée, on y fait une onction d'huile morphinée et de chloroforme ; on l'enveloppe de coton cardé, et on entretient autour de lui une chaleur douce et uniforme.— Eviter le mouvement et les explorations réitérées. — Pour combattre la douleur, chloral et narcotiques à l'intérieur, injections hypodermiques de morphine, laxatifs. Aussitôt que les douleurs diminuent,

boissons diurétiques et alcalines, pour favoriser la résolution de l'œdème. — Si ce dernier est considérable, faire écouler la sérosité, soit avec des mouchetures à la lancette, soit avec les tubes à demeure de Southey. — Retenir la malade au lit, 30 jours au moins après la cessation des phénomènes douloureux, et la disparition presque complète de l'œdème.



84. — La glycérine iodée dans le traitement des ulcères du col. — On a constaté ce fait qu'un mélange de glycérine et de teinture d'iode agit plus efficacement que la teinture seule. — On attribue ce résultat à ce que la glycérine, en empêchant l'évaporation de l'iode, rend possible l'utilisation complète de son action rubéfiante. — Ce mélange est employé avec succès dans le traitement des ulcères du col. — Sa formule est la suivante :

Teinture d'iode........................	2 gr.
Glycérine neutre........................	100 —



85. — Iodo-phénol dans la coqueluche. — Le Dr Rothe recommande vivement dans la coqueluche l'usage de l'iodo-phénol. Il a déjà soigné de cette manière plusieurs centaines d'enfants, et dans aucun cas la durée de la maladie n'a dépassé quatre semaines : Il prescrit la formule suivante :

Acide phénique.................. Alcool..........................	ãã 1 gramme.
Teinture d'iode....................	X gouttes.
Teinture de belladone..............	2 grammes.
Eau de menthe poivrée............	50 —
Sirop opiacé......................	10 —

A donner, par cuillerée à thé, toutes les heures (enfants de 1 à 2 ans) ; au-dessous d'un an, on dilue la solution d'un volume égal d'eau. Le traitement doit être institué dès l'apparition des premiers symptômes suspects et continué jusqu'à ce que les accès de quinte deviennent moins fréquents et moins intenses, ce qui arrive ordinairement dans le premier septénaire. Dans le cas où les enfants sont soignés dès le début de la maladie, il n'est pas rare de la faire avor-

ter avant qu'elle atteigne son apogée ; la guérison complète survient après deux à trois semaines de traitement. Mais, même dans les cas invétérés, l'influence favorable de ce médicament se fait toujours sentir. L'auteur n'a jamais observé d'effets secondaires désagréables, même après l'administration du médicament pendant deux à trois semaines. (*Rev. de thér. méd.-chir.*)

***

86. — Traitement chirurgical de l'hématocèle rétro-utérine. — Si la pathogénie de l'hématocèle n'a guère progressé depuis quelques années, il n'en est pas de même du traitement ; pour peu que les accidents soient intenses ou de longue durée, on ne se contente plus du traitement purement médical et expectant ; on a recours à l'intervention chirurgicale, qui consiste à inciser la paroi abdominale, à pratiquer l'ouverture de la poche, son lavage et sa suture aux parois abdominales ; mais cette manière de faire, qui amène souvent des guérisons complètes et rapides, a tous les avantages et les inconvénients d'une laparotomie.

Après y avoir eu recours dans quelques cas, M. Routier semble préférer l'incision vaginale comme plus simple, plus rapide et moins dangereuse. Voici comment il faut alors opérer :

La malade est purgée de façon à bien évacuer le rectum ; la vessie est vidée au moment même, afin d'une part de savoir avec la sonde et le toucher vaginal quels sont les rapports de la vessie avec la tumeur et aussi pour réduire cette vessie à son minimum de volume.

Les parties génitales externes sont lavées et rasées ; le vagin est bien débarrassé du mucus et des débris épithéliaux par un lavage à l'eau naphtolée chaude ; après quoi on place un écarteur vaginal sur la fourchette, et le col utérin, saisi avec la pince, est fixé et abaissé autant que possible. L'index gauche se rend une dernière fois compte des rapports de la partie saillante de la tumeur avec le col ; puis on procède à l'incision qui sera faite suivant le plus grand axe de la tumeur, soit couche par couche, soit par ponction ; cette incision doit être assez grande pour permettre une facile exploration digitale de la cavité qu'on ouvre et qu'on draine, après écoulement du pus ou des caillots, soit avec des tubes en caoutchouc, soit avec des mèches de gaze antiseptique. On applique sur l'orifice du drain un ou deux tampons d'ouate iodoformée suivant la capacité du vagin. On fait des la-

vages quotidiens avec l'eau naphtolée par les tubes de drainage. Lorsque les drains sont enlevés, de simples lavages vaginaux suffisent jusqu'à la guérison.

Il ne faut pas hésiter à recourir à ce traitement chirurgical de l'hématocèle lorsqu'on a affaire à une hématocèle suppurée ; on ne peut discuter que pour les cas où la tumeur est encore formée par du sang. Or, si on compare la bénignité de l'incision vaginale au long temps que réclame la résolution d'un gros épanchement sanguin, surtout aux dangers qu'entraîne une suppuration relativement fréquente, M. Routier pense qu'on devra intervenir chirurgicalement toutes les fois que la tumeur formée par l'hématocèle ne semblera pas diminuer franchement après une ou deux semaines de repos au lit. (*Concours méd.*)



87. — Massage in der Frauenheilkunde, par PROCHOWNICK (Hamburg und Leipzig, Leopold Woss, 1890.) — Le massage fait disparaître plus rapidement et plus complètement les hémorrhagies, et les exsudats pelviens. Dans les cas d'exsudats inflammatoires il faudra attendre 1 1/2 à 3 mois avant de commencer le traitement, et cela après disparition de tout symptôme fébrile. Dans les cas d'hématocèle on attendra 5 à 6 semaines. Le massage est contre-indiqué en présence d'une pelvipéritonite, d'une tumeur cystique des trompes, d'une affection gonorrhéique ou tuberculeuse ; il est au contraire très efficace pour faire disparaître des restes d'anciennes paramétrites. Les affections, suites de couches, sont aussi très avantageusement modifiées par le massage. On sera très prudent en présence d'une périmétrite chronique ; on aura toujours soin, dans ce cas, de prendre soigneusement la température. Le traitement des rétro-déviations utérines dure environ 7 à 8 semaines ; on devra recourir souvent aux pessaires. Les métrites chroniques sont peu modifiées par le massage ; les descentes et les prolapsus, par contre, sont favorablement influencés ; ici aussi les pessaires seront quelquefois d'un grand secours. Le pronostic des colporrhaphies pratiquées à la suite d'une cure de massage sera également meilleur. Dr S. FREDERICQ.



88. — Indication de la trachéotomie dans la diphthérie. — M. van Iterson, professeur de chirurgie à la Faculté de méde-

cine de Leyde, fait, tout d'abord, une distinction tranchée entre la diphthérie et le croup.

Pour lui, la diphthérie est une maladie contagieuse régnant endémiquement ou épidémiquement, frappant surtout les enfants au-dessous de dix ans, et dont les symptômes les plus caractéristiques sont : une exsudation de couleur grisâtre adhérant fortement à la muqueuse ; des affections secondaires du cœur, des reins, du système nerveux et des organes respiratoires ; ces dernières peuvent être dues à l'extension du processus local ou de l'infection générale.

Le croup, au contraire, est une maladie non contagieuse, limitée presque toujours aux voies respiratoires, donnant lieu à la formation d'exsudations membraneuses, mais n'infectant pas tout l'organisme.

Comme on le voit, M. van Iterson n'admet pas la définition de Virchow et ne croit pas encore le moment venu d'accorder au bacille de Loeffler, la spécificité que cet expérimentateur lui reconnaît.

C'est en tenant compte de cette division primordiale que M. van Iterson a déduit les règles suivantes pour la trachéotomie dans la diphthérie :

1° La trachéotomie doit être pratiquée dès l'apparition des troubles respiratoires dans le cours d'une diphtérie du larynx.

Ce précepte est basé sur ce fait, que beaucoup de diphthéritiques meurent par suite de l'extension de la maladie aux voies respiratoires ; cette extension est due à l'aspiration du virus qui devient plus active quand la lumière du larynx se rétrécit.

2° Il faut pratiquer la trachéotomie inférieure qui présente des avantages incontestables : l'aspiration du virus est d'autant moins à redouter que l'on opère dans un point plus éloigné du siège de l'exsudat ; l'alimentation offre moins de difficultés et l'opération elle-même est plus facile qu'avec toute autre méthode.

3° Sauf les cas où il y a déjà de l'asphyxie, la trachéotomie doit toujours être pratiquée, après la chloroformisation du malade.

4° Après la section de la trachée, il faut, à l'aide de très petites éponges imprégnées d'iodoforme, nettoyer cet organe, ainsi que le larynx.

Depuis le mois de novembre 1882 jusqu'en mars 1889, M. van Iterson a pratiqué 100 trachéotomies et il a obtenu 55 guérisons. Ces résultats satisfaisants sont dus, d'après l'auteur, à la ligne de conduite que nous venons d'exposer et que le professeur de Leyde suit invariablement. (*Rev. de thér. méd. chir.*)

* * *

89. — Diagnostic et traitement des petits fibromes sous-muqueux de l'utérus, par SMYLY. — L'usage de la curette dans les cas d'hémorrhagies utérines non puerpérales ayant rendue superflue la dilatation du col, il était important d'établir si le diagnostic de ces petites tumeurs était possible sans dilatation préalable. Quatre observations détaillées sont données dans ce sens. La nécessité de la dilatation est indiquée en partie par l'état du col ou par la reconnaissance des néoformations au moyen de la sonde ou de la curette. Elle est nécessaire seulement pour l'ablation des petites tumeurs, polypes ou fragments de membranes. Les tumeurs volumineuses ne peuvent être enlevées par le vagin et l'hémorrhagie seule n'est pas une indication suffisante.

La méthode de dilatation qu'il a adoptée consiste dans l'usage, d'abord, de gaze iodoformée, puis, s'il est nécessaire, de dilatateurs d'Hégar. La gaze iodoformée reste en place 3 ou 4 jours. Dans tous les cas, il a enlevé les tumeurs au moyen de la pince de Schulze, qui ne saisit que les tissus néoplasiques.

L'énucléation lui semble plus difficile et plus dangereuse.

(*British med. Jour.* et *Rép. d'Obst. et de Gyn.*, déc. 1889.)



90. — Emploi de l'antipyrine pour calmer les douleurs de l'enfantement, par le Docteur SEELIGMANN. (*Munchner médic. Wochenschrift*, 1889, n° 44.)— M. Seeligmann rend compte des essais faits avec l'antipyrine, à la clinique du professeur Winckel, de Munich, pour calmer les douleurs de l'enfantement. Le nombre des essais a été de 14, et toujours les résultats ont été très satisfaisants. C'est-à-dire que les contractions utérines étaient moins douloureuses, plus espacées, et leur durée moindre. En même temps, les femmes en travail devenaient beaucoup plus calmes. Dans quelques cas, il s'est produit, sous l'influence de l'antipyrine, un tel ralentissement du travail, que la tête du fœtus restait enclavée au détroit inférieur pendant des heures entières, et qu'il fallait intervenir par une application de forceps.

L'antipyrine était administrée, soit par la voie hypodermique, en solution à 50 %, dont on injectait de 1 à 3 centimètres cubes, soit par la voie rectale (2 grammes). Il est préférable de tenter d'abord ce dernier mode d'administration, sauf, en cas d'insuccès, à recourir à la voie hypodermique.

FORMULAIRE

Des lavages de la cavité utérine dans l'endométrite exfoliante. (Jules Chéron.)

La dysménorrhée membraneuse est une des affections les plus rebelles des affections de l'utérus. On sait actuellement qu'elle consiste en une altération de l'endométre qui reproduit les caractères histologiques de l'endomètrite interstitielle, aussi lui donne-t-on le nom d'endométrite exfoliante. L'exfoliation de la muqueuse est due à la formation de petits épanchements sanguins entre la couche musculeuse et la muqueuse elle-même.

Devant l'insuccès absolu du traitement médical, on a préconisé un traitement local plus ou moins énergique.

Le curettage, même profond et répété, de la muqueuse n'a pas donné de résultats très satisfaisants ; on n'arrive, par ce moyen, qu'à retarder l'apparition d'une nouvelle attaque. Je dois dire cependant que, dans un cas, j'ai obtenu une guérison complète au moyen du curettage avec la curette du galvano-cautère chauffée au rouge sombre. Dans la majorité des cas il ne faut pas compter sur un succès aussi rapide.

Les cautérisations légères de la muqueuse avec la teinture d'iode, le perchlorure de fer, le nitrate d'argent en solution étendue, le chlorure de zinc à 1/10 sont à peu près inactifs. Quant à l'application d'une flèche de chlorure de zinc, elle n'aurait que des inconvénients puisque, en augmentant l'étroitesse du canal cervical, elle aggraverait la dysménorrhée et irait contre le but qu'on se propose. On sait, en

effet, combien sont fréquentes les sténoses et les atrésies de l'utérus après l'application de crayons de chlorure de zinc.

Le traitement palliatif qui rend le plus de service est sans contredit la dilatation large de l'utérus ; si elle ne possède aucune action sur l'exfoliation, elle permet du moins l'expulsion sans douleur de la muqueuse exfoliée.

En même temps qu'on agit sur l'élément douleur, il est indiqué de traiter l'endométrite interstitielle. Pour cela, les lavages de la cavité utérine sont naturellement indiqués.

Les résultats qu'on obtient en associant les dilatations et les lavages sont d'autant meilleurs que la dilatation faite sous un courant d'eau chaude et antiseptique peut être portée très loin sans causer de douleur. C'est pourquoi je préconise les lavages de la cavité utérine, dans le cas d'endométrite exfoliante, avec une sonde dilatatrice dont j'ai donné la description dans ce journal.

J'emploie, pour ces lavages, de l'eau à 38°. Les substances qui réussissent le mieux sont l'acide picrique, le salicylate de soude et la résorcine.

Pour l'acide picrique, on se sert d'une solution à 4 pour mille ; pour le salicylate de soude, d'une solution à 3 pour 100 et pour la résorcine d'une solution à 2 pour 100.

Chaque lavage doit être fait avec un litre de liquide et répété une à deux fois par semaine.

Dans un cas que j'ai soigné de cette façon, j'ai obtenu, au bout du premier mois, la disparition de la douleur. Les morceaux de muqueuse expulsés ont diminué peu à peu d'épaisseur, ce qui indiquait l'amélioration de l'endométrite. La cavité utérine, qui mesurait 14 centimètres lors de mon premier examen, ne mesure plus que 9 centimètres aujourd'hui. La santé générale est devenue parfaite à partir du troisième mois de lavages. Il y a donc, dans l'emploi de ce moyen, une ressource thérapeutique nouvelle qui n'est pas à négliger contre une affection aussi rebelle que l'endométrite exfoliante.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

ASSOCIATION DU CURETTAGE DE LA CAVITÉ UTÉRINE ET DE L'IGNIPUNCTURE PROFONDE DU COL DANS LE TRAITEMENT DES FIBROMES HÉMORRHAGIQUES.

Nous avons montré, dans notre dernière Revue, qu'il est nécessaire d'associer, au curettage de la cavité utérine, l'ignipuncture profonde du col, si l'on veut obtenir des succès constants, dans le traitement des endométrites hémorrhagiques. Les lésions sont toujours complexes en pareil cas, aussi ne peut-on espérer la guérison que si on s'attaque, en même temps qu'à l'hypertrophie ou à l'hyperplasie de la muqueuse utérine, aux altérations du muscle utérin lui-même. Les faits du reste sont là pour prouver la justesse de ce raisonnement et la statistique que j'ai donnée est tout à fait démonstrative. Il est bon d'ajouter que l'association de ces deux interventions chirurgicales n'aggrave en aucune façon le pronostic de l'opération, puisque je n'ai jamais eu le moindre accident depuis que j'y ai recours. Il en est de l'ignipuncture profonde du col comme du curettage jadis si décrié et déclaré si dangereux ; en prenant les précautions antiseptiques de règle aujourd'hui et en suivant le manuel opératoire que j'ai indiqué, on n'a à redouter aucune complication.

Tandis que la thérapeutique chirurgicale des inflammations utérines gagne de plus en plus de terrain, il est intéressant de noter qu'il y a un mouvement de recul très accentué, de la chirurgie, en ce qui concerne le traitement radical des tumeurs fibreuses.

L'énucléation a été pour ainsi dire abandonnée comme méthode générale. L'hystérectomie abdominale, très souvent pratiquée dans ces dernières années,ne compte plus maintenant qu'un nombre restreint de défenseurs, en raison de la mortalité effrayante qui en est le résultat, même entre les mains des meilleurs opérateurs de tous les pays. L'hystérectomie vaginale et le morcellement de M. Péan sont sans doute des opérations moins dangereuses et destinées à rendre de grands services dans certains cas bien déterminés, mais ces deux méthodes chirurgicales ne sont applicables qu'aux fibromes de petit et de moyen volume ; les tumeurs volumineuses ne peuvent pas être attaquées par la voie vaginale et, quant aux tumeurs plus petites, on a le droit de se demander si un traitement palliatif ne serait pas suffisant pour mettre les malades à l'abri des dangers que ces tumeurs entraînent.

C'est pourquoi la castration a été proposée et acceptée par quelques opérateurs comme méthode générale de traitement des fibromes utérins. Le fibrome en lui-même, pensait-on, ne met pas la vie en péril ; il est dangereux par les hémorrhagies qu'il occasionne ; enlevons les ovaires et nous produirons une ménopause anticipée qui supprimera le principal inconvénient de la tumeur ; cette tumeur elle-même va diminuer rapidement de volume, après la ménopause naturelle.

Malheureusement la pratique n'a pas été d'accord avec la théorie ; la castration tubo-ovarienne n'a pas tenu toutes ses promesses et les résultats qu'elle a fournis sont loin d'être aussi satisfaisants qu'on l'espérait.

Tout d'abord, il faut bien le dire, l'ablation des trompes et des ovaires n'est pas toujours facile lorsqu'il existe un fibro-myome utérin ; des chirurgiens d'une grande habileté ont reconnu que, dans certains cas où ils avaient pratiqué la laparotomie avec l'in-

tention de faire la castration, ils ont dû renoncer à trouver les annexes et se sont vus obligés de recourir à l'hystérectomie abdominale.

Bien plus, alors même que les annexes ont pu être enlevées en totalité, les hémorrhagies dues à l'existence des corps fibreux persistent dans un assez grand nombre de cas : Wylie, Prochownick, Bruntzel, Meurel, Keith, Hégar, Martin, Duplay, etc., ont eu des insuccès, si bien qu'on peut affirmer actuellement, avec Martin, que « les hémorrhagies dues aux affections utérines ne sont influencées que très irrégulièrement par la castration (1) ».

On comprend, d'après les remarques qui précèdent, le découragement qui s'est emparé des chirurgiens, en présence des tumeurs fibreuses de l'utérus ; ils étaient forcés de reconnaître que, malgré l'antisepsie, malgré les progrès remarquables de la chirurgie abdominale, ils devaient désarmer devant les fibromes utérins, ou tout au moins n'intervenir que dans des cas exceptionnels.

Telle est sans doute la raison pour laquelle la méthode de traitement imaginée par M. Apostoli a eu, dernièrement, les honneurs d'une discussion importante, au sein de la Société de chirurgie. La galvano-caustie chimique intra-utérine a bénéficié, dans une large mesure, de l'avortement des tentatives chirurgicales dont nous venons de faire l'histoire en quelques mots. Elle a eu la bonne fortune de se trouver bien en évidence, à un moment où les esprits déconcertés ne savaient plus à quel moyen thérapeutique ils devaient recourir. Aussi n'a-t-elle pas tardé à recueillir les suffrages de chirurgiens éminents, à l'étranger aussi bien que dans notre pays.

Lorsque l'on réfléchit au mode d'action de la galvano-caustie chimique intra-utérine, appliquée au traitement des fibromes utérins, on aboutit à cette conclusion que la méthode de M. Apostoli produit un double résultat : il y a d'abord une action localisée à la cavité utérine, action d'électrolyse ou de destruction

(1) Traité clinique des maladies des femmes, p. 632.

de la muqueuse ; il y a ensuite une action dynamique, le passage du courant à travers l'utérus et à travers la tumeur fibreuse.

L'action destructive de la muqueuse, qui est la plus importante avec ce mode d'emploi du courant continu, permet de se rendre maître des hémorrhagies en un petit nombre d'applications. Les recherches histologiques les plus récentes ont démontré, cela se comprend que, lorsqu'il existe un fibro-myome, la muqueuse utérine subit des modifications de texture analogues à celles de l'endométrite hémorrhagique. M. Apostoli fait, avec la galvanocaustie chimique, et dans les cas de fibromes, ce que d'autres font, avec le crayon de chlorure de zinc dans les cas de fongosités intra-utérines sans fibromes. La manière de procéder seule est différente, le résultat est le même, c'est-à-dire la destruction chimique de la muqueuse utérine qui est transformée ainsi en une eschare molle dont on laisse à la nature le soin de produire l'expulsion. Les inconvénients sont également les mêmes ; minimes dans la majorité des cas, ils peuvent acquérir une certaine gravité si l'eschare n'est pas expulsée avant de devenir septique.

Quant à l'action dynamique du courant continu, elle a pour effet de décongestionner l'utérus et la tumeur fibreuse elle-même et, par conséquent, c'est à elle que revient en majeure partie la diminution de volume de la tumeur.

Il y a donc, dans la méthode de M. Apostoli, des éléments de succès pour le traitement des fibromes, et je suis le premier à le reconnaître. La question que l'on doit se poser est la suivante : n'est-il pas possible d'arriver au même but par des moyens plus rapides, moins douloureux, et offrant une sécurité plus absolue ?

A une époque où le traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus était uniquement médical, je me suis occupé, l'un des premiers, de faire bénéficier les malades atteints de myomes des ressources thérapeutiques nouvelles que pouvait offrir l'électricité. Après des recherches variées et patientes, j'ai préconisé l'emploi du courant continu sous forme d'intermittences rythmées comme

méthode d'une application facile, non douloureuse, et d'une efficacité incontestable, puisque j'obtenais presque toujours l'arrêt des métrorrhagies, la diminution de l'écoulement menstruel ménorrhagique, la réduction du volume de la tumeur et la disparition des phénomènes douloureux du coté du bassin. Mon mémoire date de 1879 (1); depuis lors un certain nombre de mes éléves, MM. Gressot (2), Fauquez (3), Amiard (4), etc., ont publié de nouvelles observations qui toutes établissent l'efficacité de ma méthode en même temps que son innocuité absolue. J'ai démontré que les intermittences rythmées du courant continu agissent en diminuant la nutrition du fibrome, en dégorgeant l'utérus, en s'opposant à l'accumulation des liquides et en décongestionnant l'appareil utéro-ovarien, grâce au rétrécissement du calibre des vaisseaux dû aux contractions des fibres lisses de l'utérus et des parois vasculaires et grâce au massage périphérique et interstitiel que provoquent les intermittences. C'est, ainsi qu'on peut le voir, l'utilisation de l'action dynamique des courants continus sans action caustique locale, ce qui différencie absolument ma méthode de celle de M. Apostoli, méthode qui se sépare absolument aussi des divers procédés préconisés dans ces dernières années.

Bien plus, l'action chimique, — action qui devient caustique lorsqu'on a recours aux hautes intensités — était, pour moi, si peu nécessaire, que je substituai plus tard (5) aux intermittences rythmées du courant continu les décharges rythmées du condensateur voltaïque, dans lesquelles cette action chimique est totalement supprimée, mais dans lesquelles aussi l'action du

(1) Jules Chéron. — *Rev. médic.-chir. des mal. des femmes*, mai 1879.

(2) Gressot. — Th. de Paris et *Rev. des mal. des femmes*, 1889, p. 241 et 313.

(3) Fauquez. — *Rev. médic.-chir., des mal. des femmes*, nov. et déc. 1888.

(4) Amiard. — Th. de Paris 1889, et *Rev. des mal. des femmes*, sept., oct., nov., déc. 1889.

(5) Jules Chéron. — Traitement des corps fibreux de l'utérus par les décharges rythmées du condensateur voltaïque. *Rev. méd. chir. des mal. des femmes*, nov. et déc. 1889.

massage, l'intensité des secousses si l'on préfère, pouvaient être portée au maximum, sans éveiller aucune douleur.

Les résultats que j'ai obtenus à l'aide de ces deux modes d'application de l'électricité au traitement des corps fibreux de l'utérus ont été, d'une façon constante, tellement satisfaisants que je n'ai jamais reconnu la nécessité de faire opérer les malades qui ont bien voulu s'y soumettre, sauf les cas de fibro-sarcome bien entendu. Cependant, je dois dire que dans quelques rares circonstances, des hémorrhagies utérines ne cédèrent que partiellement et très lentement aux applications électriques, alors même que la tumeur diminuait notablement de volume.

Ces cas où les hémorrhagies persistent malgré la diminution de volume du fibrome sont faciles à comprendre aujourd'hui; ce sont ceux dans lesquels l'endométrite concomitante du corps fibreux a une importance inusitée et dans lesquels, par conséquent, on ne peut obtenir de cessation des pertes sanguines qu'en détruisant la muqueuse hypertrophiée. C'est pourquoi depuis quelques années je pratique toujours le curettage d'exploration dans les fibromes hémorrhagiques, et lorsque la curette ramène des lambeaux très épais, je fais des réserves au point de vue de la disparition rapide des métrorrhagies sous l'influence du traitement électrique. Si le cas est urgent, s'il y a un danger sérieux pour la malade à voir continuer les pertes, c'est alors que je propose le *curettage de la cavité utérine avec ignipuncture profonde du col.*

Le curettage de l'utérus atteint de fibrome a été surtout préconisé par Walton (1) et avant lui par Coë (2); c'est une méthode très rationnelle, d'après ce que nous venons de dire de l'état de la muqueuse utérine dans les fibromes hémorrhagiques. Il est certain qu'en enlevant la muqueuse, source de l'hémorrhagie, on se rend maître de l'une des complications les plus sérieuses des corps fibreux. Toutes les observations publiées jusqu'à ce jour sont

(1) Walton. — Contribution à l'étude du traitement des fibromes de la matrice. Gand, 1889.

(2) Coë. — The use of the curette fort the relief of hemorrhagie due to uturine fibroïds. *Med. Rec.*, 28 janv. 1888.

favorables ; elles le seraient davantage encore si ceux qui ont eu recours au curettage n'avaient pas employé ce moyen, isolément. On peut comparer l'utérus atteint de métrite parenchymateuse arrivée à la seconde période à un fibrome total; il était donc logique d'associer au curettage l'ignipuncture profonde du col qui m'avait rendu de si grands services dans le traitement des métrites parenchymateuses.

C'est ce que j'ai fait dans dix-huit cas rebelles au traitement par l'électricité ; dans tous, j'ai eu la satisfaction de voir, dès la première intervention, les métrorrhagies disparaître, les époques menstruelles se régulariser et cesser d'être ménorrhagiques ; en même temps je constatais, après la cicatrisation de l'ignipuncture, une réduction notable du volume de la tumeur fibreuse et les malades éprouvaient, de ce fait, une grande amélioration par suite de la cessation des phénomènes de compression des organes pelviens par le fibrome. L'état d'anémie grave qui existait dans plusieurs de ces cas avant l'opération et qui m'avait déterminé à intervenir s'est toujours grandement amélioré et les malades ont pu revenir dès lors à la santé ? Il en a été de même dans les cas où il y avait un mauvais état général dû à une résorption de pus au niveau de la cavité utérine, par suite d'un drainage insuffisant, alors que la muqueuse donnait lieu à des sécrétions putrides, ainsi que cela s'observe quelquefois.

Mais ce n'est pas tout. Le curettage et l'ignipuncture pratiqués, le résultat obtenu persiste, l'amélioration est durable. L'action dynamique de l'électricité est alors seule utile pour amener la réduction maxima du volume du fibrome, la méthode à laquelle on doit donner la préférence est donc celle qui possède l'action dynamique la plus puissante, c'est-à-dire d'après mes recherches, l'emploi des décharges rythmées du condensateur voltaïque, suivant la technique que nous avons indiquée précédemment.

JULES CHÉRON.

CELLULITE PELVIENNE OU PELVI-CELLULITE

Paramétrite — Phlegmon ou Adéno-phlegmon pelvien,

Par M. le Dr Jules Chéron, médecin de Saint-Lazare.

(*Suite.*)

—

Traitement de la cellulite pelvienne.

Le traitement prophylactique de la cellulite pelvienne est basé sur les mêmes principes que le traitement prophylactique des autres variétés de phlegmasies péri-utérines.

Eviter l'infection des premières voies génitales de la femme : vagin, museau de tanche, canal cervical et cavité utérine, combattre cette infection dès son apparition avant qu'elle ait eu le temps de se propager à distance, telle est la règle absolue si l'on veut éviter ces adénites péri-utérines et ces adéno-phlegmons pelviens que nous venons de décrire.

Il suffit, croyons-nous, d'énoncer ce précepte, surtout après avoir longuement étudié, comme nous l'avons fait dans les chapitres précédents, la prophylaxie des salpingites et des périmétrites. Il est cependant un fait d'observation journalière qu'on ne saurait rappeler avec trop d'insistance ; c'est ce fait qu'un grand nombre de paramétrites, le plus grand nombre peut-être de celles qui surviennent en dehors de la puerpéralité, sont des paramétrites par inoculations instrumentales. La propreté la plus rigoureuse et des précautions antiseptiques bien comprises sont donc absolument nécessaires dans tous les examens locaux et dans toutes les opérations, même dans les plus innocentes en apparence, qui se pratiquent sur le vagin ou sur l'utérus. Si j'insiste sur ces mots : précautions antiseptiques bien comprises, c'est qu'il n'est pas aussi facile qu'on le croirait au premier abord de bien comprendre l'antisepsie gynécologique. On a lieu d'être étonné, par exemple, quand on voit, dans des travaux publiés tout récemment, des observations de raclage suivi de lymphadénite

pelvienne. En étudiant ces faits avec soin, on voit que le raclage a été précédé de dilatations avec la laminaire ; est-ce à dire, pour cela, que les tiges de laminaire employées n'avaient subi aucune préparation antiseptique ? Evidemment non, surtout dans les cas tout à fait récents auxquels je fais allusion en ce moment et dont j'ai eu l'occasion de parler à propos de l'étiologie. Les tiges de laminaire étaient donc très aseptiques au moment de leur introduction ; mais, bientôt après, elles s'imbibaient des sécrétions purulentes de la cavité utérine et du canal cervical, elles augmentaient de volume, déchiraient la muqueuse et portaient le pus dont elles s'étaient gonflées dans cette couche sous-muqueuse que les anatomistes nous représentent comme un lacis très serré de vaisseaux et de lacunes lymphatiques. Est-il étonnant, après cela, qu'une lymphadénite pelvienne ait été la conséquence de la dilatation ? Pour moi, je n'emploie jamais les éponges préparées et les corps analogues, laminaire, tupelo, etc.; dans les cas d'endométrite purulente, j'ai recours, au contraire, et cela sans aucune crainte dans ces circonstances, à la dilatation extemporanée avec des dilatateurs métalliques dont l'emploi est sans danger, pourvu que les instruments soient propres et qu'avant leur introduction on ait bien nettoyé le canal cervico-utérin.

Bien que la lymphadénite pelvienne soit sans aucun doute, à notre avis, le point de départ de toute paramétrite, nous croyons utile de discuter séparément le traitement de la lymphadénite d'une part et le traitement de l'adéno-phlegmon pelvien d'autre part. Cette distinction, qui était, il y a peu de temps encore, d'une médiocre importance, est devenue nécessaire depuis que la thérapeutique intra-utérine a été appliquée à la cure de la paramétrite en général. S'il est facile de comprendre, en effet, que la guérison d'une endométrite infectieuse entraîne d'une façon constante, la disparition des adénites symptomatiques de cette endométrite, il est, au contraire, bien difficile d'admettre que le curettage utérin ait le pouvoir de faire résorber une collection purulente enkystée entre les lames du ligament large et

surtout que cette opération puisse avoir une influence quelconque sur le phlegmon sous-abdominal, que celui-ci soit à la période d'infiltration œdémateuse ou qu'il soit à la période d'induration ou à la période de suppuration.

Les formes que peut revêtir la paramétrite sont donc trop dissemblables entre elles, bien que le processus pathogénique soit toujours le même, pour qu'un traitement identique soit applicable dans tous les cas.

1° *Traitement de la lymphadénite pelvienne.*

Nous n'avons pas à nous attarder ici sur le traitement des adénites pelviennes symptomatiques de lésions telles que le chancre mou, le chancre infectant ou les syphilides érosives ou ulcéreuses du col de l'utérus. Les moyens locaux et les moyens généraux habituellement employés dans ces cas sont bien connus de tous les médecins, et chacun sait que la cicatrisation du museau de tanche entraîne avec elle la disparition des adénites consécutives à ces variétés d'ulcérations. Il ne semble pas, du reste, si l'on en juge d'après le silence des syphiliographes sur cette question, que les adénites dont nous parlons soient susceptibles de nécessiter un traitement spécial et, jusqu'ici du moins, elles n'ont jamais compromis la santé des malades au point de devenir, par elles-mêmes, la source d'indications thérapeutiques plus ou moins urgentes.

Il n'en est pas ainsi des lymphadénites qui nous intéressent tout particulièrement et qui sont en rapport avec une endométrite cervicale ou cervico-utérine de nature infectieuse ; celles-là, tous les gynécologistes sont d'accord pour dire qu'elles sont un danger par elles-mêmes, qu'elles compromettent d'une façon plus ou moins sérieuse la santé des malades et qu'elles réclament, par conséquent, un traitement spécial. L'accord cesse, il est vrai, de régner quand on arrive à discuter la meilleure méthode thérapeutique à diriger contre un cas donné. Sur ce point comme sur beaucoup d'autres faits de gynécologie, la conduite à

tenir est loin d'être établie d'une manière universellement acceptée.

Pendant longtemps, on pourrait dire jusqu'à ces dernières années, le traitement des adénites péri-utérines a été des plus simples.

Les injections d'eau chaude, les bains de siège émollients, les applications de teinture d'iode sur la paroi abdominale et dans les culs-de-sac du vagin, les frictions mercurielles et les vésicatoires volants constituaient à peu près toutes les ressources que le médecin avait à sa disposition. On appliquait, en résumé, à la lymphadénite pelvienne les moyens antiphlogistiques et les moyens résolutifs que l'on avait l'usage d'employer contre la pelvi-péritonite chronique. La règle absolue était alors de s'abstenir de tout traitement local, de toute opération portant sur l'utérus, tant que l'on constatait l'existence d'une affection péri-utérine.

Bien que les auteurs français, et Courty en particulier, ainsi que nous l'avons montré plus haut, eussent établi de la façon la plus nette que l'endométrite était toujours le point de départ de ces adénites, on redoutait tellement d'avoir des accidents en s'adressant à l'organe primitivement atteint, la matrice, que l'endométrite était abandonnée à elle-même et que toute l'attention se portait du côté des ganglions enflammés. Aussi la guérison des adénites péri-utérines ne s'obtenait-elle qu'au prix de minutieuses précautions et après l'emploi prolongé pendant des mois et des années des moyens résolutifs que nous venons de rappeler. Il fallait en effet, pour que survint ce résultat favorable, que l'infection de l'utérus se fût atténuée d'elle-même au point de ne plus réagir sur les lymphatiques du bassin. Comme cette atténuation spontanée ne se produisait que dans un nombre de cas restreints, on n'arrivait presque toujours qu'à des améliorations tout à fait transitoires et les récidives les plus désespérantes se montraient à la suite des causes les plus futiles, un refroidissement, une fatigue légère par exemple.

Cette lenteur de la guérison par suite de l'insuffisance de la thérapeutique classique a conduit quelques chirurgiens à pratiquer

la laparotomie pour énucléer les ganglions enflammés et obtenir ainsi une guérison rapide et durable. Cette fois, on dépassait le but, et on faisait courir aux malades, par le choix du mode de traitement employé, un danger disproportionné avec la gravité relativement faible de l'affection que l'on voulait combattre. Il faut bien dire, à ce sujet, que presque toutes pour ne pas dire toutes les laparotomies pratiquées dans des cas d'adénites pelviennes ont étéentreprises à la suite d'une erreur de diagnostic, et que, même maintenant, après les quelques succès qui ont été obtenus par ce moyen, on compte peu de chirurgiens qui soient partisans de traiter, de propos délibéré, toutes les lymphadénites péri-utérines par la laparotomie.

Entre la pratique timide des auteurs classiques et la pratique audacieuse des chirurgiens qui ne voient pas de guérison possible en dehors de la laparotomie se place une méthode thérapeutique nouvelle, basée sur la connaissance de la pathogénie des adénites pelviennes. Cette méthode rationnelle, puisqu'elle s'appuie sur des données scientifiques bien établies, est destinée à détrôner toutes les autres et c'est elle que nous devons exposer maintenant.

Dès l'année 1887, dans un travail que nous avons maintes fois cité dans le cours de cette étude des phlegmasies péri-utérines, M. Walton (de Bruxelles) (1) avait montré les bons résultats que donne la thérapeutique intra-utérine dans les inflammations des annexes et dans la pelvi-péritonite, mais c'est surtout M. Poullet (de Lyon) (2) qui a appliqué d'une façon voulue cette même méthode de traitement dans les cas de paramétrite, qui l'a soutenue et défendue contre tous et qui a démontré, par sa pratique personnelle, l'innocuité et les heureux effets de cette manière de faire.

« Pour nous, dit-il, dans toutes les inflammations utérines, la dilatation du col et le curettage est la méthode de traitement de beaucoup préférable. Et cela non seulement quand l'inflammation dépassant l'épaisseur de la muqueuse, il y a métrite parenchymateuse, mais encore lorsque des produits septiques sont allés,

(1) Loc. cit.

(2) Soc. nat. de méd. de Lyon, *Lyon médical,* février et mars 1888.

plus loin que l'utérus, faire de la paramétrite autour de l'organe.

Cette dernière catégorie, dont les auteurs ont fait une contre-indication formelle, est pour nous, au contraire, une indication de dilater au plus tôt la cavité utérine pour y pratiquer un curettage aussi complet que possible.

« Dans les cas déjà nombreux que nous avons traités ainsi, nous avons obtenu la résolution parfois rapide d'exsudats, même de foyers volumineux qui, sans notre intervention, eussent retenu les malades plusieurs mois au lit »

« Douze de ces malades, nous dit-il plus loin, avaient des foyers de paramétrite variant du volume d'un marron à celui d'une grosse orange. Pendant les suites, toutes ces malades ont eu des températures ne dépassant pas 38°3, sauf une seule qui a eu 39°2. Toutes ont guéri et j'ai la satisfaction de dire qu'aucune ne m'a inspiré un moment de crainte pour la vie. »

La dilatation et le curettage de l'utérus, pratiqués avec les précautions antiseptiques les plus rigoureuses, sont donc sans danger dans les cas d'adénites pelviennes et l'on comprend sans peine qu'après la désinfection complète de la plaie utérine, les inflammations ganglionnaires symptomatiques disparaissent en peu de temps. Le résultat a toujours été favorable dans les cas observés par M. Poullet ; il en a été de même dans un certain nombre d'autres cas, dus à M. Trélat, et dont on trouvera les observations dans la thèse intéressante de l'un de ses élèves, M. Cantin (1).

Est-ce à dire pour cela que toutes les adénites pelviennes réclament le curettage de l'utérus ? Nous ne le croyons pas. Le principe sur lequel s'appuie M. Poullet est inattaquable lorsqu'il affirme la nécessité de désinfecter complètement la lésion utérine qui a donné lieu à la lymphangite ; la manière de pratiquer cette désinfection peut consister dans le raclage, il est vrai, mais elle peut aussi consister dans des méthodes différentes.

(1) Des lymphangites péri-utérines non puerpérales et de leur traitement, th. de Paris, 1889.

Dans les cas légers, les injections vaginales antiseptiques, les scarifications du col, les pansements intra-cervicaux et intra-utérins avec la résorcine, avec la glycérine iodoformée, avec la teinture d'iode, le perchlorure de fer, etc., sont parfois suffisants pour amener la guérison de l'endométrite ; ces moyens doivent donc être préférés au raclage dans les conditions dont nous parlons, c'est-à-dire dans les endométrites récentes et peu septiques.

Lorsque la lésion initiale est limitée au canal cervical et au museau de tanche, ce qui est plus fréquent qu'on ne le croit d'habitude, le curettage de la cavité utérine est inutile ; quant au curettage du canal cervical, il représente, à mon avis, une mauvaise opération. C'est pourquoi, dans les endo-cervicites avec ectropions, je préfère les incisions ignées du canal cervical et l'excision des ectropions pratiquées toutes deux avec le galvano-cautère. L'opération de Schroeder contre le catarrhe cervical serait également applicable, dans les cas dont je parle, mais elle nécessite l'abaissement artificiel de l'utérus qui pourrait ne pas être sans inconvénients lorsqu'il y a de la paramétrite ; l'abaissement forcé de l'utérus expose, en effet, à la rupture d'adhérences qui protègent le péritoine contre l'irruption du pus contenu dans un ganglion suppuré ou, pour employer un terme plus général, il expose à la rupture dans le péritoine d'une collection purulente enkystée. C'est pourquoi je reste fidèle à la manière de faire que j'emploie depuis bien des années et grâce à laquelle je n'ai jamais eu le moindre accident.

Scarifications ignées du canal cervical et excision des ectropions au moyen du couteau, du galvano-cautère, et cela sans abaissement de l'utérus, telle est donc la méthode que je conseille d'employer lorsque l'endométrite est limitée au canal cervical. Mais il reste un certain nombre de malades chez lesquelles le curettage est nécessaire parce que la lésion s'est étendue de la cavité du col à la cavité utérine. Comment doit être pratiquée cette opération lorsque l'endométrite s'est compliquée de lymphadénite pelvienne ?

J'ai déjà dit que, pour ma part, je rejetais complètement les

dilatations lentes habituellement employées pour obtenir la perméabilité du canal cervical avant l'opération. L'emploi des tiges de laminaire, en dépit de toutes les précautions prises dans la préparation de ces tiges, expose à des inoculations septiques non seulement d'après les raisons théoriques que j'ai données plus haut, mais encore d'après les accidents observés par les auteurs qui ont eu recours à cette manière de faire. C'est pourquoi je fais la dilatation et le curettage dans la même séance, ce qui est facile, ainsi que je le prouve tous les jours en procédant de la sorte soit dans mon service de Saint-Lazare, soit dans ma clinique. A la condition de posséder des dilatateurs métalliques de courbure et de volume appropriés, de façon à pouvoir introduire le dilatateur quelle que soit la position de l'utérus, si l'on prend soin d'écarter les branches de cet instrument progressivement et de le laisser en place pendant quelques minutes une fois que l'écartement maximum est obtenu, on assure, dans tous les cas, une perméabilité suffisante du canal cervical pour que des curettes de moyen volume passent sans difficulté.

Le second point, sur lequel je ne saurais trop insister, c'est de faire le curettage sans abaisser l'utérus ; en effet, depuis que notre outillage s'est perfectionné, depuis que nous possédons des curettes à tige malléable, dont on peut varier la courbure suivant les nécessités de chaque cas, l'abaissement de l'utérus ne présente plus aucune utilité ; or, nous venons de voir, en parlant de l'opération de Schroeder, que cet abaissement n'est pas sans danger lorsqu'il existe, autour de l'utérus, un ou plusieurs ganglions.

Sous tous les autres rapports, le manuel opératoire du raclage de la cavité utérine n'offre rien de spécial au cas qui nous occupe et, par conséquent, il n'y a pas lieu de le décrire ici.

2° *Traitement de l'adéno-phlegmon.*

Aussi longtemps qu'une lésion de l'utérus n'a donné naissance qu'à une infection localisée dans les lymphatiques péri-utérins et dans les ganglions auxquels se rendent ces lymphatiques, la

guérison de la lésion primitive, ou, autrement dit, la désinfection complète des cavités de la matrice, entraîne avec elle la disparition des lymphadénites consécutives. C'est pourquoi, ainsi que nous venons de l'exposer, le traitement des adénites pelviennes réside exclusivement dans une thérapeutique intra-cervico-utérine.

Mais lorsque l'on se trouve en présence d'une lésion plus étendue, qui, des ganglions lymphatiques enflammés, s'est propagée au tissu cellulaire pelvien, lorsque l'on a affaire, par exemple, à un phlegmon classique du ligament large, et, *a fortiori*, lorsque ce phlegmon du ligament large s'accompagne d'un phlegmon sous-abdominal (plastron de Chomel) la situation n'est plus aussi favorable. Il existe alors deux affections, l'une utérine, l'autre pelvienne, qui vivent chacune d'une vie propre et indépendante. Il n'est plus temps désormais de se préoccuper uniquement de guérir l'utérus, le phlegmon du ligament large représente l'affection la plus grave, et c'est contre ce phlegmon que doivent être dirigés principalement les efforts du gynécologiste.

Le traitement à mettre en œuvre est variable suivant la forme de l'affection ou suivant la période à laquelle on est consulté. Nous passerons donc successivement en revue le traitement de l'adéno-phlegmon pelvien à la période d'œdème, à la période d'induration et à la période de suppuration et nous terminerons par quelques considérations sur les moyens à employer pour combattre les adhérences cicatricielles qui persistent si souvent après la guérison apparente des paramétrites anciennes.

a) *Traitement de l'adéno-phlegmon pelvien à la période d'œdème ou d'infiltration gélatiniforme.*

Au début de l'adéno-phlegmon pelvien, alors qu'il n'existe encore qu'une infiltration du tissu conjonctif par une sérosité rougeâtre pauvre en leucocytes, la résolution complète est souvent obtenue, en quelques semaines, par l'emploi d'un certain nombre de moyens très simples.

Le plus important peut-être de tous ces moyens thérapeutiques est, ici comme dans les autres variétés de phlegmasies péri-utérines, le *repos* absolu, au lit. Tous les observateurs attentifs ont pu voir, comme nous, dans des cas peu septiques et par conséquent bénins, chez des malades lymphatiques et prédisposées aux engorgements ganglionnaires et péri-ganglionnaires, des tuméfactions des ligaments larges, grosses comme une mandarine par exemple, disparaître complètement en une dizaine de jours, sous la seule influence du repos dans le décubitus horizontal.

On a vu trop fréquemment aussi des cas d'allure bénigne se terminer par suppuration et donner lieu à des fusées purulentes étendues, à la suite d'une exploration brutale ou répétée à de trop courts intervalles. J'insisterai donc encore, au risque de me répéter, sur la nécessité de ne pas fatiguer la malade par des examens trop prolongés.

On comprend, en effet, que l'exploration bi-manuelle faite avec trop de violence, peut déterminer la rupture d'un ganglion suppuré et transformer l'infiltration du tissu cellulaire péri-ganglionnaire en un véritable abcès du ligament large. Quel intérêt y a-t-il, du reste, à déterminer exactement l'étendue en longueur, en largeur et en épaisseur de la tuméfaction péri-utérine ? Ces recherches minutieuses doivent être abandonnées ; l'expérience a prouvé qu'elles sont dangereuses et, d'autre part, elles n'ont aucune importance au point de vue du traitement à mettre en œuvre.

Ce qu'il importe de connaître, c'est le siège et la nature de l'affection péri-utérine, et ce résultat est bien plus sûrement obtenu par un examen doux et méthodique que par un examen brutal. Il est superflu d'ajouter qu'une fois le diagnostic établi, le toucher ne sera pas trop fréquemment renouvelé, ou ne sera renouvelé que si la nécessité de le faire est bien démontrée.

Les *applications de sangsues*, sur la paroi abdominale, sont conseillées par la plupart des auteurs ; ce moyen est, en effet, excellent lorsqu'on y a recours tout à fait au début de l'affection. Une fois la première semaine passée, au contraire, alors que la fièvre est en partie tombée et que la sensibilité des organes est moins vive, je préfère aux applications de sangsues sur l'abdo-

men, les *scarifications du col de l'utérus*, qui ont une action beaucoup plus directe sur la circulation utéro-ovarienne.

J'ai l'habitude de faire suivre chacune de ces scarifications de l'application d'un pansement osmotiqué : glycériné, glycéro-boriqué, glycéro-tannique ou glycéro aluné ; ces divers pansement produisent tous une déplétion séreuse qui complète bien l'action de la scarification et qui peut, au besoin, la suppléer ; mais c'est surtout le pansement glycéro-aluné qui est indiqué dans les cas dont nous parlons et c'est lui qui amène le plus rapiment la résorption de l'infiltration séreuse du ligament large.

Je réserve pour un peu plus tard l'emploi des *injections vaginales chaudes*, les badigeonnages des culs-de-sac et du col avec la *teinture d'iode,* de même que les *applications résolutives ou révulsives* sur la paroi abdominale. Ces moyens de traitement s'adressent, en effet, à l'adéno-phlegmon ancien, devenu chronique et sont surtout utiles pendant la période d'induration dont nous allons nous occuper maintenant.

(*A suivre.)*

TRAITEMENT LOCAL DE LA MÉTRITE

par l'application de la glycérine anhydre sur les surfaces malades

—

Les applications de sangsues, les scarifications, les irrigations émollientes constituent les agents habituels du traitement de cette affection.

Le jeu des émissions sanguines est de produire un dégorgement que favorisent, en outre, les topiques émollients. Depuis quelques années cette médication a été améliorée encore par le concours que lui apporte l'emploi de la glycérine anhydre.

Les merveilleux résultats que l'on obtient de cette combinaison résultent surtout de la mise en pratique de la loi de l'exosmose.

La manœuvre opératoire consiste à placer et à maintenir, pendant quelques heures, sur le col utérin, un tampon de ouate

imprégnée de glycérine anhydre et muni d'un fil qui permet de retirer ce tampon quand on juge qu'il a fait son office. Le flux de sérosité attirée par la glycérine est quelquefois d'une étonnante abondance, surtout si l'irritation de l'organe présente encore un certain degré d'intensité et j'ai vu, en de nombreuses occasions, la métrite cervicale, par exemple, se résoudre en quelques jours.

Je n'ai point à citer un exemple où ce traitement soit demeuré absolument sans effet.

L'une des conditions du succès, cela va sans dire, c'est que la glycérine soit mise et maintenue en contact immédiat avec l'organe enflammé. Or, il arrive quelquefois que l'enfournement du tampon est une manœuvre assez difficile quand elle est exécutée par la malade elle-même : le topique n'est pas toujours poussé jusqu'à la hauteur voulue, et le pansement alors manque son effet.

Plusieurs industriels se sont appliqués à corriger ce grave inconvénient en enfermant la glycérine dans des ovules où dans des étuis à parois de gélatine solidifiée.

Je regrette de ne pouvoir donner entièrement mon suffrage à ces innovations.

J'ai eu très souvent l'occasion d'observer l'emploi de ces petits engins, à Luxeuil, pendant les saisons thermales ; voici ce que j'ai pu constater à cette occasion.

A l'aide d'une canule ou de tout autre objet de forme analogue, l'ovule peut être poussé jusqu'au fond du vagin ; parvenu là, il se ramollit et ses parois crèvent presqu'aussitôt, si bien que la glycérine s'évade sans avoir produit le moindre effet exosmotique.

L'étui diffère de l'ovule, par sa forme et en ce qu'il est composé de deux pièces articulées : il contient une petite éponge imbibée de glycérine. Il est d'une longueur de 6 à 7 centimètres, ce qui permet au doigt de l'opérateur de le refouler fort haut dans le vagin. Sous ce point de vue, l'étui est bien préférable à l'ovule, mais cela ne veut pas dire qu'il est sans défaut. En effet, étant donnée la nature déliquescente de l'enveloppe, celle-ci se rompt peu d'instants après que l'étui a été mis en place, la glycérine

alors se mêle à la gélatine des parois de l'instrument, d'où résulte un magma à peu près sans pouvoir exosmotique.

Si, avant son introduction, on décoiffe l'instrument afin de mettre en rapport direct le tampon glycériné avec le col utérin, il arrive assez souvent que la muqueuse vaginale est incisée ou déchirée par les bords très minces et très tranchants de la moitié inférieure de l'étui, dès qu'ils s'engagent dans le vagin qui n'a point été préalablement élargi par une manœuvre quelconque et dans toute son étendue.

Lorsque le doigt de la malade ou celui d'une aide manque de la longueur suffisante pour pousser et coller, en quelque sorte, le tampon contre le col utérin, je conseille toujours, pour exécuter ce mouvement, d'employer un petit instrument pareil au manche d'un bilboquet. La partie supérieure de cette tige, en bois ou en métal, légèrement évidée, embrasse le tampon et assure sa mise en place, ce qui est le but essentiel à atteindre, quelle que soit la manœuvre à employer pour y réussir.

Dr CHAMPOUILLON.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 29 *Avril* 1890.

KYSTO-FIBRÔME VÉGÉTANT DU LIGAMENT TUBO-OVARIEN.

M. LE DENTU présente les pièces anatomiques d'un kysto-fibrôme végétant qu'il vient d'enlever chez une jeune fille de 23 ans. M. Le Dentu était fixé sur la nécessité d'enlever cette tumeur, mais il ne l'était pas sur sa nature.

L'examen microscopique fait par M. Letulle a montré qu'il s'agissait d'un kysto-fibrôme végétant, contenant beaucoup de tissu fibreux et peu de kystes.

Ce sont des tumeurs excessivement rares et M. Le Dentu n'a

connaissance que d'un seul cas semblable observé en Angleterre l'an dernier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 *avril* 1890.

—

ABLATION D'UN FIBRÔME INTRA-UTÉRIN PAR LA SECTION CÉSARIENNE SUIVIE DE SUTURE IMMÉDIATE DE L'UTÉRUS.

M. Bouilly. — J'ai pratiqué dernièrement l'ablation d'un fibrôme intra-utérin pour lequel j'ai dû avoir recours à un procédé opératoire complexe, qu'on a peu souvent l'occasion de mettre en pratique. Ce fibrôme s'était développé sur une nullipare de 42 ans, qui, depuis 6 années, était atteinte de douleurs et de métrorrhagies dont l'abondance dans ces derniers temps était devenue inquiétante. Le néoplasme s'était accru non seulement du côté de l'abdomen, mais encore du côté du vagin et de la vulve, à tel point qu'il avait franchi cette dernière et qu'à plusieurs reprises on en avait réséqué la portion extra-vulvaire.

Lorsque j'ai examiné cette malade, qui était arrivée à un état de dénutrition excessive et qui était en proie à de très violentes douleurs, j'ai constaté, par la palpation abdominale, l'existence d'un fibrôme régulier et volumineux qui, d'une part, remontait au-dessus de l'ombilic, et, d'autre part, remplissait totalement la cavité vaginale, en saillissant à la vulve, où il était visible. Par l'exploration avec l'hystéromètre, que je pouvais introduire en entier et faire disparaître dans la cavité utérine, je reconnus que le corps fibreux, autour duquel l'instrument tournait, était indépendant de l'utérus, sauf au niveau de sa face postéro-supérieure.

En présence de l'énorme développement et de la disposition utéro-vaginale de cette tumeur, je ne pouvais songer à en pratiquer l'ablation par le morcellement, opération longue, laborieuse, et qui n'est bien applicable qu'aux fibrômes de moyen volume. Je ne m'arrêtai pas davantage à l'idée d'une hystérectomie, qui non seulement pouvait être dangereuse sur une malade aussi anémiée, mais qui encore eût pu rester inachevée par l'impossibilité de constituer un pédicule. Ces moyens d'extraction étant inapplicables, il ne me restait plus qu'à traiter cette

tumeur comme un fœtus que l'on veut enlever par l'opération césarienne, c'est-à-dire à faire une laparo-hystérotomie, et j'ai ainsi procédé. Après avoir incisé l'abdomen sur la ligne médiane, j'ai fait saillir à l'extérieur toute la masse utéro-fibreuse, et j'en ai entouré la base d'un gros tube de caoutchouc, prêt à être serré si une hémorrhagie survenait. Cela fait, j'ai incisé la paroi de l'utérus depuis le fond de l'organe jusqu'au pubis et mis ainsi à découvert sa grosse masse fibromateuse. En explorant la circonférence, j'ai reconnu qu'elle était libre dans sa plus grande partie, mais qu'elle faisait corps avec l'utérus au niveau de sa face postéro-supérieure ; ayant alors prolongé l'incision utérine dans cette direction, j'ai fait la décortication de la tumeur et je l'ai décollée, sur une largeur de la paume de la main, de la paroi de l'utérus, dont j'ai remarqué l'extrême minceur et par conséquent la rupture possible en toute autre circonstance.

Lorsque le fibrôme a été ainsi libéré de son point d'implantation, j'ai essayé de le retirer de la cavité utérine ; mais je me suis heurté à une résistance provenant de sa portion vaginale, qui, après avoir franchi le canal pelvien, s'était développée au point que ses diamètres ne lui permettaient plus de parcourir en sens inverse le chemin qu'elle avait suivi. La tumeur entière, en un mot, avait pris la forme d'un sablier, et indiquait d'elle-même la conduite à tenir, c'est-à-dire la section de sa portion rétrécie et l'extraction de ses deux segments par deux voies différentes. C'est ce que j'ai fait, après l'avoir coupée dans sa partie la plus étroite ; j'ai d'abord enlevé la masse que contenait l'utérus, puis j'ai extrait la portion vaginale en la sectionnant en plusieurs morceaux avec des ciseaux.

Pendant ces différentes manœuvres, j'ai constaté à plusieurs reprises que le tissu utérin ne restait pas inerte et qu'il avait de la tendance à se contracter ; d'ailleurs, c'est ce qui a eu lieu aussitôt après l'ablation du corps étranger, le volume de l'organe s'étant rapidement réduit à celui du poing. Pour terminer cette opération, qui n'a duré que 40 minutes, et qui n'a donné aucune hémorrhagie grâce à la ligature modérément serrée du tube de caoutchouc, j'ai placé 16 points de suture sur les tuniques de l'utérus, sans intéresser la muqueuse, puis, après irrigation de la cavité utéro-vaginale, j'ai fermé l'abdomen. Les suites de l'opération ont été indemnes de tout accident et la malade peut être

considérée comme guérie. Inutile d'ajouter que cette intervention, que Martin (de Berlin), Doléris et Terrier ont déjà appliquée à certains cas de tumeur fibreuse dans des circonstances un peu différentes, n'est pas une conception nouvelle. Si, dans le cas actuel, elle revêt un caractère d'originalité, c'est uniquement pour cette raison que, de parti pris, j'ai résolu d'aller chercher la tumeur dans la cavité utérine.

(*Bull. méd.*).

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE, *mars* 1890

FIBRÔ-MYOME DE LA TROMPE UTÉRINE DROITE A SON ORIGINE. — MÉTRORRHAGIES ET ANTÉCÉDENTS NERVEUX. — LAPAROTOMIE. — ABLATION. — RÉDUCTION DU PÉDICULE. — GUÉRISON,

Par le docteur Ed. SCHWARTZ.

Il s'agit d'une femme de 54 ans, institutrice, hollandaise d'origine, qui entre le 31 janvier à la maison municipale de santé, pour se faire soigner.

Les symptômes qui la déterminent à réclamer nos soins sont des pertes de sang très abondantes au moment des règles qui, malgré ses 54 ans, ont persisté ; et puis des phénomènes du côté du système nerveux.

Comme antécédents héréditaires, rien de notable.

Comme antécédents personnels, réglée à 19 ans, l'établissement des règles a été très douloureux ; depuis, elles ont toujours été régulières, si ce n'est dans ces derniers temps où elles reparaissaient plus fréquemment. A 25 ans, grossesse normale, accouchement difficile ; métrite consécutive pour laquelle on lui fait subir un traitement pendant 4 mois. Depuis lors, malgré une vie tranquille, sa santé a toujours été chancelante. Au moment des règles, elle éprouve une douleur spéciale au niveau des lombes et de la région sacrée qui s'accompagne de nausées.

C'est depuis un an surtout que le mal s'est aggravé. A l'approche de chaque époque menstruelle, elle est sujette à des crises qui se produisent de la façon suivante : douleur au niveau de la région sacrée et du bas des reins, suivie d'un tremblement général, puis de rougeur de la face ; la malade perd alors connaissance et tombe n'importe où ; ensuite, les mains sont contracturées, les poings fermés ; elle est agitée de mouvements cloniques,

elle a l'écume à la bouche, mais aucune morsure de la langue ; elle se réveille excessivement fatiguée. La crise dure de 2 à 3 heures ; elle se répète plusieurs fois quelquefois à 12 heures d'intervalle et c'est toujours la première qui est la plus marquée. Les règles se montrent tous les 15 jours ; elle perd un sang noir et très abondant, cela pendant 4 à 5 jours.

Ces signes dirigèrent mes investigations du côté d'une lésion des annexes. Rien du côté des organes génitaux externes, rien de visible par l'abdomen.

Le toucher vaginal, puis bimanuel, permet de constater dans le cul-de-sac droit et en arrière, à côté du col de l'utérus, normal, mobile (hystérométrie normale), une tumeur de la grosseur d'un œuf, mobile elle-même, logée en partie sur les côtés, en partie dans le cul-de-sac de Douglas ; elle se laisse facilement soulever par le doigt ; la main abdominale la saisit difficilement tant elle est profondément située.

Le toucher rectal arrive facilement à la délimiter ; elle est très nettement sur le côté de l'utérus et un peu en arrière ; elle est mobile, dure, douloureuse à la pression et même au toucher.

Je pensai qu'il s'agissait d'une tumeur solide de l'ovaire ou de la trompe, d'une tumeur pédiculée, sans adhérences périphériques et portai le diagnostic de fibrôme ovarien, me basant sur le retentissement qu'elle avait sur le système nerveux, et la sensibilité à la pression. Un examen approfondi au point de vue des phénomènes nerveux nous montra que la malade n'avait aucun point d'anesthésie, un rétrécissement léger du champ visuel à gauche ; pas de points douloureux hystériques. La langue ne présente aucune trace de morsures.

Rien du côté des urines, ni du côté du tube digestif.

La malade accepta avec empressement l'ablation de la tumeur qui fut pratiquée le 24 février avec l'aide de mon interne Vialet. Laparotomie. Incision de 8 centimètres sur la ligne médiane ; je recherche immédiatement l'utérus, puis la corne utérine droite ; je plonge dans le cul-de-sac de Douglas et j'en retire la tumeur qui est insérée par un pédicule gros comme mon index et long de 2 à 3 centimètres, sur la trompe droite, presqu'au niveau de son insertion sur la matrice ; un fil de soie double est passé dans le pédicule qui est ensuite sectionné aux ciseaux, puis cautérisé au Paquelin. L'exploration de l'ovaire et du reste de la trompe

nous montre que ces organes sont sains, ainsi qu'à gauche. Le ventre est refermé par des crins de Florence. L'opération a duré 25 minutes.

Le pédicule de la tumeur était très vasculaire, celle-ci était rouge foncée au moment de son ablation.

La malade est actuellement guérie et commence à se lever. Elle a eu ses règles 16 jours après l'intervention et cela normalement en quantité ; elles ont duré deux jours seulement. Les attaques hystéro-épileptiques ne se sont pas reproduites et elle ne peut assez se louer de s'être décidée à l'opération.

J'ai pensé que ce fait était digne d'être signalé à cause de la symptomatologie peu connue encore des tumeurs de la trompe de Fallope et de l'heureux résultat obtenu par l'ablation du fibromyome.

Discussion. — M. Bar. — Sænger a publié un mémoire sur les fibrômes migrateurs de l'utérus, qui s'isolent ; ce fibrôme peut être né de l'utérus, et avoir émigré vers la trompe.

M. Dumontpallier. — M. Schwartz a-t-il trouvé un seul cas de corps fibreux de la trompe ?

M. Schwartz. — Il est possible, en effet, que ce corps fibreux ait pris naissance sur l'utérus et émigré vers la trompe.

Toutefois, il m'a bien semblé, au cours de l'opération, qu'il s'insérait directement sur l'origine de la trompe de Fallope et non pas sur la matrice. Je rechercherai ultérieurement s'il existe des cas de fibrô-myomes partant directement de l'oviducte.

(*Journal de méd. de Paris.*)

SOCIÉTÉ BELGE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE.

Séance du 23 mars 1890.

DE LA SALPINGECTOMIE.

Le Dr C. Jacobs (de Bruxelles) présente, avec les pièces anatomiques 11 cas de salpingectomie dont 2 cas de pyosalpinx, 3 cas d'hydrosalpingite et 6 cas de ovarosalpingite chronique. Résultats : 10 guérisons, 1 décès suite de complications postopératoires. La salpingite est une affection des plus fréquentes. Elle fait toujours suite à l'inflammation de la muqueuse utérine. La propagation

par les lymphatiques est rare. Le traitement médical ou symptomatique ne donne aucun résultat. Le traitement de choix doit consister dans l'ablation des organes malades.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DE L'ENDOMÉTRITE

Le docteur Delétrez donne communication d'une note du docteur Dumontpallier de Paris sur le traitement de l'endométrite par les crayons de pâte de Canquoin (1 p. de chlorure de zinc pour 3 parties de farine de froment). La douleur produite par la présence du caustique est très variable. L'eschare produite est plus ou moins épaisse et s'élimine tantôt en lambeaux, tantôt en une seule pièce représentant un moule parfait de la cavité utérine. Dumontpallier ne redoute pas l'atrésie de la cavité utérine observée pourtant par quelques opérateurs. Le cathétérisme utérin après, suffirait pour l'empêcher. Quant à la question de savoir s'il se reforme à l'intérieur de la matrice une muqueuse normale, si la femme est tout aussi apte à être fécondée qu'auparavant et si l'ovule peut se greffer sur la surface interne de l'utérus, Dumontpallier croit qu'elle ne peut être résolue qu'avec le temps. Le docteur Delétrez, qui a employé la méthode de Dumontpallier dans 25 cas, et le docteur C. Jacobs, de Bruxelles, ne sont pas aussi enthousiastes. Sans vouloir établir une comparaison avec le curettage, le docteur Delétrez croit cependant que celui-ci, pratiqué par une main exercée et avec toutes les précautions antiseptiques voulues, donne à beaucoup près des résultats supérieurs à ceux fournis par l'introduction d'un crayon de chlorure de zinc.

DU TRAITEMENT DE L'ENDOMÉTRITE PAR LA PATE DE CANQUOIN,

Par le Dr Bock, Bruxelles.

Ce traitement consiste en l'introduction dans l'utérus préalablement dilaté et désinfecté d'un crayon de caustique de Canquoin (trois parties de farine pour une partie de chlorure de zinc pur, anhydre). L'action du caustique est complète au bout de 24 heures et le lendemain une injection intra-utérine au sublimé débarrasse l'utérus des résidus de la pâte. L'eschare produite s'élimine en général en entier ou par portion en 6-8 jours et

laisse une plaie utérine absolument lisse, ne saignant ordinairement pas et non douloureuse. La douleur pendant les premières 24 heures est très modérée, parfois nulle, rarement intense ou accompagnée de quelques vomissements. Pas de réaction fébrile. La malade peut se lever dès la chute de l'eschare. Celle-ci éliminée, commence le traitement consécutif, la partie la plus importante et sans laquelle les résultats peuvent être nuls ou défectueux. Ce traitement consiste dans des injections vaginales antiseptiques régulières matin et soir, dans l'injection intra-utérine tous les 3-4 jours de perchlorure de fer, teinture d'iode, nitrate d'argent, suivant les cas et dans l'introduction régulière également tousles 3-4 jours de l'intervalle des injections intra-utérines de bâtonnet à l'iodoforme de la longueur de l'utérus et de 3 à 4 millim. d'épaisseur. Ce traitement doit être poursuivi jusqu'à la cicatrisation complète de l'utérus et du col, soit de 3 semaines à 3 mois. Grâce à ces précautions, la guérison est la règle et l'atrésie cervicale peut être évitée.

La longueur et l'épaisseur du crayon de caustique à introduire résulte des dimensions de la cavité utérine. Les coupes microscopiques de l'eschare démontrent que dans le corps de l'utérus le tissu musculaire n'a jamais été atteint ; que dans le col, il existe parfois une fraction de millimètre de fibres musculaires. Ce fait résulte de la dilatation et de la dilatabilité moindres du col : aussi est-il nécessaire de dilater largement le col avant l'opération et cela par le laminaria ou l'éponge ; la dilatation rapide offre moins de garantie, car souvent le col revient de suite sur lui-même.

Cette méthode peut être employée dans tous les cas d'endométrite chronique, simple, fongueuse, hémorrhagique et principalement dans l'endométrite blennorrhagique. Toutefois quand la cavité utérine est excessivement dilatée, il vaut mieux recourir au curettage, de même dans les cas où l'hypertrophie de la muqueuse est trop considérable. Les inflammations subaiguës des annexes ne sont pas une contre-indication. Le traitement consécutif est absolument nécessaire.

Ce traitement présente un avantage sur le curettage en ce sens que l'on est certain d'atteindre uniformément toute la muqueuse utérine et éviter par là les chances de récidives. Le chloroforme, l'abaissement utérin sont inutiles ; il n'y a pas de crainte d'in-

fection secondaire ou de péritonite et dans les vingt cas où l'auteur a employé cette méthode il n'y a eu ni complication ni atrésie et la guérison fut presque toujours la règle. Les périodes menstruelles ont toujours été régulières et sans douleur et très souvent elles ont reparu après l'opération alors qu'elles étaient supprimées auparavant.

En résumé, les résultats ont été excellents, l'amélioration était très rapide, mais la guérison complète exige beaucoup de soins et trois semaines à trois mois. Au point de vue de la durée du traitement, cette méthode est la même que le curettage.

DU TRAITEMENT DES ENDOMÉTRITES CHRONIQUES.

Le Dr S. Frédéricq (Gand) lit un travail sur le traitement des endométrites chroniques.

Toutes les fois qu'on voudra porter un caustique ou un autre médicament dans la cavité utérine, on emploiera le tamponnement au moyen de mèches imbibées ou saupoudrées du médicament en question ; tamponnement qu'on laissera en place plus ou moins longtemps selon l'action à obtenir.

Les endométrites légères peuvent être traitées par un tamponnement de gaze à l'iodoforme imbibée d'un glycérolé de créosote (2 p. glyc. 1 p. créosote) qu'on laisse en place pendant 24 heures et qu'on répète tous les trois jours. Les endométrites plus sérieuses devront être traitées par le curettage et l'écouvillonnage suivis d'un vrai lavage intra-utérin à la teinture d'iode, au moyen d'une nouvelle sonde. C'est la sonde de Breus modifiée ; l'ouverture extra-utérine ou vaginale se continue en forme d'un court tube métallique auquel on adapte un tube en caoutchouc qui conduit la teinture d'iode où l'on veut, sans passer sur les parois vaginales ou sur les instruments. On pourra du reste employer cette sonde pour injecter une foule de médicaments caustiques ou autres chaque fois qu'on désire limiter leur action à la cavité utérine seule.

Le traitement consécutif au curettage a une grande importance ; il consistera en injections répétées de teinture d'iode plus ou moins abondantes d'après les cas.

L'endométrite blennorrhagique sera traitée au moyen des tam-

ponnements au chlorure de zinc, qu'on ne laisse pas en place, combinés avec le curettage répété.

Le curettage dans les affections malignes sera précédé d'une désinfection de la cavité utérine, au moyen des tamponnements à la glycérine créosotée, l'hémostase sera obtenue avec le secours du Paquelin et le traitement consistera en tamponnements à la gaze iodoformée imbibée d'une solution de chlorure de zinc qu'on laisse en place plus ou moins longtemps.

L'écouvillonnage qui suivra le curettage d'une endométrite tuberculeuse se fera au moyen du glycérolé au sublimé.

DE LA PÉRINÉORRHAPHIE.

Le Dr Lebon (de Bruxelles) présente une étude sur la périnéorraphie. Après la description des lésions de ruptures périnéales, l'auteur préconise comme procédé opératoire le procédé de Tait, il passe en revue ses avantages et donne à l'appui un cas de rupture complète avec déchirure de la cloison, datant de trois ans, opéré avec succès par le procédé de Tait, par le docteur C. Jacobs.

Dr Rochet, d'Anvers. Démonstration d'un utérus bicorne recueilli à l'autopsie d'une jeune fille de 15 ans. L'une des cornes s'ouvre dans le vagin, l'autre dans un conduit très étroit, parallèle au vagin et qui vient se terminer à la vulve.

REVUE DE LA PRESSE

DES SALPINGITES ET DE LEURS TRAITEMENTS.

Par M. Trélat.

Les hasards de la clinique m'ont permis d'observer, dans ces derniers temps, cinq malades, jeunes, atteintes d'affections diverses, et relativement récentes, du côté des trompes, des ovaires et du péritoine.

La première malade est une femme de vingt-cinq ans, bien constituée et n'ayant aucun antécédent morbide. Sa santé a été toujours excellente jusqu'au moment de son accouchement, qui a eu lieu il y

à trente-deux mois. Les suites de couches ne furent pas pénibles, et cette femme se plaça comme nourrice.

Mais les règles qui avaient été toujours régulières, non douloureuses et de courte durée, devinrent prolongées et déterminèrent des souffrances marquées. Des pertes blanches abondantes apparurent à la même époque.

J'ai examiné cette malade au mois d'octobre, et j'ai constaté chez elle de l'endométrite. Le col est modérément volumineux, ulcéré sur quelques points et laisse s'écouler des glaires. En arrière du col, dans le cul-de-sac postérieur, et un peu à droite, j'ai trouvé une masse pâteuse et douloureuse à la pression. Le diagnostic posé fut le suivant : endométrite et pelvi-péritonite postérieure.

La malade resta au lit et fut soumise à des injections chaudes. Le repos au lit amena une amélioration qui fut sensible au bout de quinze jours à trois semaines. La tumeur postérieure cessa d'être douloureuse à la pression et diminua de volume. Enfin cette tuméfaction a fini par disparaître.

Il y a peu de temps, j'ai examiné de nouveau cette femme et, par le toucher, j'ai constaté une tuméfaction dirigée transversalement. C'était la trompe gauche augmentée de volume. Il y a cinq jours, la pelvi-péritonite postérieure n'existait pour ainsi dire plus, mais la trompe gauche était douloureuse et de nouveau tuméfiée, plus grosse même qu'auparavant.

Je puis donc dire que cette jeune femme a été atteinte d'endométrite puerpérale, qui a évolué insidieusement. Puis, il y a eu pelvi-péritonite postérieure et salpingite du côté gauche.

Ma deuxième malade a vingt et un ans. Elle a été réglée à dix-sept ans, mais sa menstruation a présenté, dès le début, des irrégularités. Les règles étaient douloureuses, parfois en retard, parfois en avance.

Il y a un an, elle accoucha à terme et faillit être enlevée par des attaques d'éclampsie. L'enfant mourut, peu après, de méningite. Mais si l'éclampsie de la mère fut bien soignée, on négligea peut-être trop les troubles qui existaient du côté de l'utérus. Pendant trois mois, cette femme eut des pertes de sang et présenta des douleurs dans le bas-ventre, qui ne pouvaient être calmées que par le repos au lit.

Au toucher, le col est petit, entr'ouvert ; antéflexion de l'utérus. Dans le cul-de-sac droit, on trouve une masse molle ou plutôt rénitente, transversalement dirigée et très douloureuse. Le cul-de-sac

gauche est souple, mais, dans un point fixe, il présente un point douloureux.

Cette malade a donc une antéflexion, de l'endométrite, un foyer de salpingite à droite, et probablement un autre à gauche.

La métrite existait avant l'accouchement, mais celui-ci a exagéré l'inflammation utérine qui a marché insidieusement, en déterminant des complications du côté des troupes.

Les trois autres malades, dont j'ai à vous parler, ont été examinées à la consultation. Leur histoire est donc forcément incomplète, mais elle est instructive.

L'une, âgée de vingt-cinq ans, souffre depuis six ans, à la suite d'un accouchement qui a déterminé l'éclosion d'une endométrite. Cette jeune femme accuse des douleurs constantes, avec des exacerbations très marquées.

J'ai pu constater, dans un des culs-de-sac latéraux, une tuméfaction très nette, un peu diffuse, et, dans l'autre, un cordon induré. Cette malade a donc des lésions du côté des ovaires et des trompes.

La seconde malade de la consultation a eu, à la suite d'une grossesse, de la métrite, et présente au toucher une tumeur qui occupe le cul-de-sac latéral droit.

La troisième femme a une pelvi-péritonite caractérisée. Il existait auparavant une ovaro-salpingite qui a produit la pelvi-péritonite. On trouve des adhérences, des poches, des tuméfactions, autour de l'utérus.

Nous avons donc eu cinq malades atteintes d'endométrite, avec complications.

Quelle que soit l'origine d'une endométrite (puerpéralité, fausses couches, blennorrhagie), il faudra donc s'occuper avec le plus grand soin de cette affection. Les conséquences les plus graves peuvent se produire quand la muqueuse utérine est atteinte d'inflammation. Ces conséquences ne sont pas fatales, inéluctables, mais elles sont fréquentes.

Dès que la trompe est envahie, l'endométrite se perpétue, malgré tous les soins que l'on prend pour traiter la muqueuse de l'utérus. Le muco-pus de la trompe tombe, en effet, dans la cavité utérine et entretient les accidents du côté de cet organe. Il faudrait donc pouvoir agir sur les trompes, mais nous sommes à peu près désarmés, ou bien il faut avoir recours à une intervention vraiment excessive. Il faudra néanmoins s'occuper, dès le début, de la salpingite, car si

vous n'arrêtez pas son évolution, elle déterminera, par propagation inflammatoire, une pelvi-péritonite postérieure.

Lorsque celle-ci sera bien et dûment établie, si on se décide à l'intervention chirurgicale, l'opérateur aura la plus grande peine à enlever les annexes. Les adhérences, les poches multiples rendent difficile l'ablation des annexes et compromettent trop souvent la vie des malades.

Contre ces complications de l'endométrite (ovarite, salpingite, pelvi-péritonite), que peut-on faire ?

Le repos, les révulsifs ne peuvent qu'atténuer les symptômes, mais les lésions persistent et, à la moindre occasion, elles donnent lieu à des explosions.

Doit-on donc enlever les annexes ? Grave question.

Beaucoup de femmes ont des complications du côté des trompes et des ovaires, faut-il leur proposer l'extirpation des trompes et des ovaires ? On a dit que cette ablation était une atteinte définitive et irrémédiable portée à la maternité de la femme. C'est vrai. Mais, quand une malade jeune a passé un an, deux ans et davantage, dans des souffrances intolérables, quand elle ne voit pas la fin de cet état lamentable, n'a-t-on pas le droit de lui faire courir les risques d'une grave opération ?

Les indications et les contre-indications n'ont pas encore été nettement posées, mais de bons esprits ont pu dire, avec raison, que le chirurgien devait s'inspirer plus de l'état des malades que de la constatation de lésions plus ou moins avancées.

On a dit que, dans l'avenir, on pourrait ouvrir l'abdomen, enlever les kystes, faire des ponctions dans des foyers, enfin nettoyer complètement les organes du petit bassin, sans les enlever. Ces espérances ne sont peut-être pas absolument chimériques, la chirurgie moderne a causé bien d'autres surprises ; mais je puis dire, qu'à l'heure actuelle, une seule opération est possible, c'est l'ablation des trompes et des ovaires.

Mieux vaut la suppression de ces organes, avec tous ses dangers, que la pérennité de souffrances qui rendent la vie intolérable.

Il faut ajouter qu'en laissant les femmes avec des trompes et des ovaires enflammés, suppurés, on expose ces malheureuses à une mort rapide, par péritonite suraiguë, comme cela a lieu, par exemple, quand une poche purulente se rompt.

La conclusion pratique, que je vous prie de retenir, est la suivan-

te : on ne doit jamais négliger une endométrite. Il faudra soigner l'affection dès son apparition, et rechercher, avec soin, dans quel état se trouve l'utérus après l'accouchement. Vous avez vu que l'endométrite peut s'établir et évoluer sourdement, jusqu'au jour où apparaissent les complications du côté des annexes. C'est vous dire que la possibilité d'une endométrite doit être présente à votre esprit, dès que vous serez appelé auprès d'une femme récemment accouchée.

(*Gaz. des Hôp.*)

ÉTUDE SUR LES POLYPES INTRA-UTÉRINS CONSIDÉRÉS AVANT, PENDANT ET APRÈS LA GROSSESSE,

Par R. Saladin.

Après avoir donné quelques détails anatomiques sur les diverses sortes de polypes utérins (polypes fibreux, polypes muqueux, polypes vasculaires et polypes fibrineux), M. Saladin recherche l'influence de ces polypes sur la vitalité de l'utérus et réciproquement celle de la grossesse, de l'accouchement et de la puerpéralité sur ces polypes. Il étudie ensuite, dans une série de chapitres, l'influence des polypes intra-utérins sur la fécondation et la marche de la grossesse, sur l'accouchement et la délivrance ; puis il décrit les accidents que les polypes peuvent produire pendant les suites de couches. Cette partie est la meilleure de la thèse de M. Saladin. A la suite de chacun des trois chapitres qui la composent, il reproduit les observations qu'il a pu trouver dans la science et qui se rapportent aux sujets traités dans les chapitres.

Les deux chapitres suivants, consacrés au diagnostic et au traitement, sont au contraire insuffisants et incomplets.

Malgré ces critiques, le travail de M. Saladin, conçu sur un plan peut-être un peu trop vaste, est intéressant et consciencieux et, sans être marqué au coin de la régularité, présente une réelle valeur et sera consulté avec fruit.

(*Rev. méd. de l'Est.*)

GRAVIDITÉ APRÈS L'OPÉRATION CÉSARIENNE.

Sur 200 cas d'opération césarienne, d'après le procédé de Soenger, on n'en compte que six qui ont été suivis de grossesse. Un septième cas a été présenté par M. Lihotzky, dans l'avant-dernière séance de la Société império-royale des Médecins de Vienne. Il s'agit d'une femme,

âgée de vingt et un ans, rachitique, à laquelle M. Breisky a pratiqué, le 27 octobre 1888, l'opération césarienne. Cinq à six semaines après l'opération, la menstruation parut, mais, depuis le commencement de juin, elle cessa, et la malade se trouve actuellement au huitième mois d'une grossesse. Pour prévenir une nouvelle opération, M. Lihotzky provoquera l'accouchement prématuré artificiel.

(*Sem. méd.*)

ABSENCE TOTALE DU VAGIN CHEZ UNE FEMME DE DIX-HUIT ANS ; CRÉATION D'UN VAGIN PAR UN PROCÉDÉ AUTOPLASTIQUE,

Par M. Picqué.

Il s'agit d'une jeune femme présentant une absence totale du vagin et un utérus infantile.

Dans cette observation, il y a deux faits intéressants :

Un premier fait est relatif à l'absence d'aucune anomalie du côté de la vulve. Un deuxième concerne l'absence des règles, malgré des ovaires normaux et l'existence de l'utérus, mais probablement en raison de la malformation ou de l'absence de muqueuse utérine.

Bien qu'il n'y eût pas de rétention du sang menstruel, je cédai aux instances de la malade en m'appuyant sur la pratiquc de Dolbeau et l'opinion plus récente de M. le professeur Le Fort, et je tentai de remédier à la difformité.

Je suivis le procédé d'Amussat. Je signalerai l'existence d'une bride fibreuse qui guide le chirurgien, mais constitue un obstacle très réel à la dissection et au refoulement.

Au point de vue opératoire, je signale le glissement de la muqueuse du vestibule sur la paroi supérieure du vagin nouveau et le glissement de la peau du périnée sur la paroi inférieure.

Je crois qu'il y a là une pratique utile à suivre pour éviter la rétraction. Dans mon cas, le résultat se maintient cinq mois après l'opération.

(*Journal de méd. de Paris.*)

A PROPOS D'UN CAS RÉCENT D'ÉCLAMPSIE SUIVI DE GUÉRISON,

Par le docteur L. Gillion

Quand un praticien se trouve en présence d'un cas d'éclampsie grave, il peut arriver, — surtout lorsqu'il aura mis vainement en

œuvre toutes les ressources de la médecine en pareil cas, — qu'il hésite sur la conduite à tenir relativement à une intervention pratique, immédiate, de nature à sauver deux vies en danger. Mais les auteurs n'étant pas d'accord à ce sujet, on comprend jusqu'à un certain point, cette hésitation. Le cas que nous allons relater et pour lequel nous avons eu recours à une intervention rapide et immédiate, indique bien qu'on ne doit pas, comme certains le prétendent, dédaigner *a priori* de provoquer l'accouchement, pour sauver tout au moins la mère.

Mlle D..., âgée de 21 ans, demeurant rue Hôtel des Monnaies, d'une forte constitution, primipare, était arrivée à une grossesse de huit mois, lorsque le 10 août dernier, elle fut prise dans la matinée d'attaques éclamptiques intenses. On fit quérir une sage-femme, puis successivement deux médecins. Les accès ne faisant qu'augmenter en nombre et en intensité, on nous fit appeler vers six heures du soir. Notre patiente présentait un œdème considérable du ventre, des membres supérieurs et inférieurs, remontant à plus d'un mois ; elle se trouvait, à notre arrivée, dans un coma profond qui fut interrompu bientôt par des attaques d'une violente intensité ; l'auscultation ne révélait aucun bruit fœtal ; le col, mou et humecté, permettait à peine l'introduction du doigt. Il n'y avait pas de doute possible sur la mort de l'enfant. Quant à la mère, en présence de la rapidité avec laquelle les attaques se succédaient, une intervention immédiate pouvait seule, à notre avis, la sauver. Nous fîmes en conséquence quérir les deux confrères qui avaient dans la journée, rendu visite à notre éclamptique. On ne les trouva pas ; alors, sans perdre de temps, et après avoir au préalable pratiqué le cathétérisme de la vessie, nous nous mîmes en mesure, sous le chloroforme, de provoquer l'accouchement. Après trois quarts d'heure de manœuvres, tant avec les doigts qu'à l'aide de la pince de Scanzoni, le col était suffisamment dilaté pour permettre l'introduction du bras. La version fut aussitôt pratiquée, suivie d'une application du forceps sur la tête que des contractions avaient arrêtée au passage ; le délivre fut extrait cinq minutes après. Inutile de dire que nous prîmes toutes les précautions de l'antisepsie la plus rigoureuse, exigée en pareille circonstance. Puis deux injections de morphine et lavement avec 6 grammes de chloral. Chose remarquable : la femme, sitôt délivrée, tomba dans un coma profond qui fut interrompu dans le courant de la nuit par deux nouveaux accès. Ce furent les derniers !

Nous ne nous étendrons pas beaucoup sur les suites de cet accouchement. — Les urines, analysées le lendemain, contenaient une très notable quantité d'albumine. — Le traitement ne présenta rien de particulier : glace sur la tête, irrigations antiseptiques, injections de morphine, lavements au chloral, cathétérisme vésical, etc. Pendant cinq jours encore, la femme fut plongée dans un coma qui cessa tout à coup le sixième jour. — Elle fut dès lors soumise à l'iodure de potassium, — pilules de tannin — et plus tard un sirop d'iodure de fer ; avec cela : 3 litres de lait par jour, œufs, viandes blanches et vin de Bordeaux vieux. Ce ne fut qu'au bout de deux mois seulement que les urines, — qui étaient analysées tous les huit jours, — cessèrent de renfermer de l'albumine.

Notre malade était guérie.

Quel enseignement tirer de ces cas ? — A ne considérer la question qu'au point de vue du traitement, il faut convenir qu'on n'aura pas de moyen plus puissant que la narcose. Mais celle-ci parviendra-t-elle toujours à enrayer les accès, à en atténuer l'intensité, à en diminuer le nombre ? Et dès lors, le danger n'existe-t-il pas toujours ? — Assurément. — Mais si tout le monde est d'accord sur le traitement médical, il n'en est pas de même du traitement obstétrical. — « Toutes les fois — dit Charpentier — que l'on pourra sans violence pour la mère, terminer l'accouchement, soit par le forceps, soit par la version, il y aura avantage à le faire, et cela, aussi bien pour la mère que pour l'enfant, c'est-à-dire par conséquent, toutes les fois que le col sera dilaté ou dilatable. » — Et il ajoute : « Mais si le col n'est ni dilaté, ni dilatable, lorsqu'en un mot, le travail n'est pas commencé, doit-on intervenir par la provocation artificielle de l'accouchement ?

« Tandis que les uns, tels que Stolz, déclarent que la prompte évacuation de l'utérus est le point le plus important du traitement de l'éclampsie et qu'il faut le provoquer le plus vite possible dans le cas où le travail ne se déclare pas, — d'autres comme Tarnier, n'acceptent l'accouchement provoqué que sous certaines réserves, — d'autres enfin, tels que Pajot, Depaul, Charpentier, le rejettent absolument.

« Il faut, à notre avis, se laisser guider par les circonstances et toutefois ne jamais perdre de vue que deux raisons très sérieuses militent en faveur d'une intervention rapide : c'est que l'enfant, si l'on

temporise, est presqu'inévitablement tué par les convulsions ; c'est qu'ensuite celles-ci souvent cessent après l'expulsion de l'enfant. »

(*La Clinique.*)

OVARIOTOMIA PER RECTUM

Par N. D. ALEXENKO, chef de clinique, du professeur SLAVIANSKY.

(*Journal akoucherstoa i jenskich bolernei,* n° 10, 1889.)

Après avoir passé en revue les avantages de la laparotomie sur la voie vaginale — et *a fortiori* rectale — pour l'extirpation des kystes de l'ovaire, l'auteur considère ces deux dernières voies comme indiquées dans des cas exceptionnels. Il parle ensuite de l'influence réciproque des kystes de l'ovaire et de la grossesse, et plus tard, de l'accouchement. Pendant l'accouchement, il peut se produire un déplacement de la tumeur : soit en haut, dans la cavité abdominale, soit en bas, où elles peuvent sortir au dehors, par une déchirure du vagin (cas de Berry, Luschka, Kaerling, Dunn) ; ou enfin par une déchirure du rectum — cas très rare (un cité par Mme Lachapelle, l'autre par A. W. Stocks), auxquels l'auteur ajoute le sien.

Femme de vingt-cinq ans, réglée à quatorze ans ; trois accouchements normaux ; dernières règles le 17 septembre 1888 ; les douleurs commencent le 4 juillet 1889, donc au terme normal de la grossesse. Les eaux se sont écoulées il y a trois jours. Au toucher on sent une tumeur élastique, grosse comme une pomme, faisant saillie à la paroi postérieure du vagin. La température est à 38,2, le pouls à 102 ; écoulement de liquide sanguinolent avec un peu d'odeur ; les douleurs sont assez fréquentes. Malgré les douleurs et une thérapeutique appropriée, l'accouchement ne progressait pas ; le lendemain matin on se décida à appliquer le forceps, vu que les douleurs avaient diminué ; la température était montée à 40°, il y avait eu un frisson. Pendant l'application du forceps on vit sortir du rectum une tumeur qui sortit complètement pendant le dégagement de la tête. L'enfant, du poids de 4,550 grammes, naquit en asphyxie et ne put être ranimé. La tumeur était couverte par la muqueuse du rectum distendue, congestionnée, infiltrée d'extravasations sanguines. L'anus se trouvait à gauche et en arrière de la tumeur ; en introduisant le doigt, on sentait un cordon dur allant en haut et à droite depuis la tumeur ; le cordon fut considéré comme la trompe droite aboutissant à la tumeur de l'o-

vaire droit qui avait refoulé le cul-de-sac de Douglas et la paroi antérieure du rectum et était venue faire hernie au dehors.

Après l'extraction du placenta, qui avait une odeur putride, le pédicule de la tumeur fut lié en masse avec une forte ligature de soie et la tumeur amputée avec la muqueuse qui la recouvrait. Le moignon ut suturé au catgut, saupoudré d'iodoforme et réduit. Lavage de l'utérus avec une solution phéniquée à 3 %, suture au catgut de la déchirure du périnée produite pendant l'extraction de l'enfant. Pendant les dix premiers jours, la température oscillait entre 37 et 39,7 ; du onzième au dix-huitième jour, elle devint normale le matin, puis resta normale. Les lochies furent putrides depuis le second jour. La malade eut de la diarrhée jusqu'au dixième jour. Elle put sortir de la clinique le 2 août, c'est-à-dire le vingt-neuvième jour, en parfaite santé ; elle a été revue un mois et demi après par le professeur Slaviansky et elle ne présentait pas la moindre trace de rétrécissement du rectum.

La tumeur était un kyste dermoïde, contenant des cheveux blonds et une dent.

En revenant sur la technique de l'opération, l'auteur considère comme préférable d'avoir enlevé la tumeur *avec* la muqueuse rectale qui la recouvrait, au lieu de l'énucléer de cette dernière, comme on avait fait dans les cas précédents. D'abord la muqueuse était très maltraitée, et se serait probablement sphacélée ; puis on évitait d'ouvrir le péritoine dans un endroit aussi peu aseptique que le rectum ; puis encore par l'excision de la muqueuse on évitait probablement le prolapsus du rectum qui s'est produit dans le cas de Stocks ; la crainte d'un rétrécissement du rectum semble exagérée, comme le démontre le cas présent.

(*Gaz. de Gyn.*)

CAS DE LAPARO-HYSTÉRECTOMIE.

M. DE SAINT-MOULIN a soigné une femme portant une tumeur abdominale volumineuse, due à un fibrôme utérin ; celui-ci avait les dimensions d'une tête de fœtus à terme.

Des hémorrhagies répétées et abondantes avaient épuisé la malade et son état général exigeait une intervention prompte et efficace.

Notre habile confrère s'est rapidement décidé pour l'ablation par la voie abdominale, la seule possible.

Il s'est entouré des soins antiseptiques les plus minutieux, a ouvert l'abdomen et attiré la tumeur à l'extérieur ; le pédicule, très gros, a été étreint par une ligature élastique et fixé au bas de la plaie ; deux broches en croix le retenaient à l'extérieur pendant que le pourtour était suturé à la partie inférieure des lèvres de l'incision.

La perte de sang a été insignifiante et l'opérée a guéri sans encombre.

Vu l'état du pédicule, M. De Saint-Moulin n'a pas cru pouvoir le rentrer dans la cavité abdominale, ce qui constitue la méthode idéale quand elle est applicable.

Il n'a pas voulu non plus dans ce cas extirper dans un second temps le pédicule par la voie vaginale, ainsi que certains auteurs l'ont proposé. L'expérience, en effet, n'a pas encore décidé en faveur de ce procédé.

M. Jacobs, qui a dernièrement préconisé cette dernière façon d'achever l'opération, relate à ce propos un cas où elle a été suivie de prolapsus complet du vagin. Il attribue cet accident consécutif au manque de soutien du canal, lorsque le col utérin a été enlevé. C'est pourquoi il a changé d'opinion à ce point de vue.

M. Hubert estime que le cas visé par M. Jacobs est absolument exceptionnel et ne peut suffire pour faire rejeter la méthode.

M. de Saint-Moulin termine la séance en montrant la sonde qu'il a fait construire pour injections utérines.

(*Journal d'Accouchements.*)

CAS DE GROSSESSE TUBAIRE, OPÉRÉ AU 4e MOIS.

M. Desguin rapporte l'observation d'une femme entrée dans son service pour une tumeur abdominale qui avait été prise pour une pyo-salpingite. Cependant, vu l'arrêt des règles depuis quelque temps, l'auteur avait pensé à la grossesse extra-utérine.

La gêne, les douleurs, l'état général commandaient une opération. La date de celle-ci fut fixée et tout préparé en conséquence.

Le jour indiqué, M. Desguin arrive à l'hôpital ; mais son interne lui dit : inutile d'opérer, la femme est en train de mourir.

Le chirurgien constate, en effet, que la malade est dans le collapsus ; depuis quelques heures, tous les symptômes d'une abondante hémorrhagie interne se sont développés ; la femme est sans pouls, la

peau est couverte d'une sueur froide, visqueuse; la mort semble être proche.

M. Desguin veut tenter la dernière chance de salut et fait porter la femme sur le lit d'opération.

Il ouvre l'abdomen, extrait de nombreux caillots sanguins, voit le kyste, le ponctionne, l'ouvre et constate la présence d'un fœtus qu'il extrait.

Les parois du kyste sont suturées aux lèvres de la plaie abdominale ; le placenta est laissé dans le sac, qui est bourré de gaze iodoformée. Pendant tout ce temps, on a soutenu la moribonde à l'aide d'excitants, de nombreuses injections sous-cutanées d'éther.

L'opérée est reportée dans son lit, la tête en bas, pour éviter une syncope mortelle.

Un résultat heureux a récompensé le sang-froid et l'énergie du chirurgien : l'opérée s'est remise peu à peu. L'élimination de l'arrière-faix a eu lieu au bout de trois semaines.

Ce succès fait grand honneur à M. Desguin.

RUPTURE DE VARICE DU VAGIN DANS LA GROSSESSE.

La rupture de veines variqueuses du vagin ne se rencontre pas fréquemment dans le cours de la grossesse ou pendant l'accouchement. Certains auteurs même ne parlent pas de cet accident que M. Benington a observé une fois chez une femme en couche, dont il rapporte l'observation dans la *Medical Press*.

Il s'agit d'une femme qu'il avait examinée en 1880, au mois d'avril, et qui devait accoucher en septembre ou en octobre. Cette malade avait eu des hémorrhagies, à différentes reprises, dans ses grossesses antérieures. Deux semaines après l'examen, pratiqué par M. Benington, elle fut prise subitement, sans cause apparente, sans douleur, d'une hémorrhagie abondante, comme il arrive dans les cas de placenta prœvia.

Le toucher vaginal permit de constater qu'il ne s'agissait pas d'un placenta prœvia, mais la cause de l'hémorrhagie ne put être décelée.

Au mois de mai eut lieu une nouvelle hémorrhagie, précédée d'une sensation de pesanteur dans l'abdomen. M. Benington examina la malade avant l'accident ; il trouva les lèvres augmentées de volume, parcourues de veines variqueuses. Sur les parois vaginales, il y avait

de nombreuses veines dilatées, remplies de sang, ayant par endroits le volume d'un doigt.

A peine l'examen était-il achevé que la malade fut prise d'une hémorrhagie abondante : le vagin, examiné à ce moment, ne présentait plus le même aspect : les veines, si saillantes un moment avant, s'étaient complètement effacées ; l'une d'elles s'était rompue. En juin on note encore une hémorrhagie ayant la même cause et en octobre la malade accoucha d'un enfant mort (version). Dans le cours d'une autre grossesse, des hémorrhagies ayant la même origine se montrèrent à différentes reprises.

M. Benington pense que ce cas a un certain intérêt au point de vue pratique; les hémorrhagies vaginales sont, en effet, peu connues. Peut-être certains écoulements sanguins, qu'on observe pendant la grossesse, ont-ils cette origine et ce qui est considéré par certains auteurs comme des règles apparaissant pendant la grossesse n'est peut-être pas autre chose ?

(*Bull. méd.*)

LES ÉPANCHEMENTS DU PÉRITOINE DANS LES TUMEURS DE L'APPAREIL GÉNITAL INTERNE DE LA FEMME,

Par le Dr Sabileau (Thèse de Paris, 1889).

Les ascites qui accompagnent les tumeurs du petit bassin, se divisent en ascites simples, ascites gélatineuses, à éléments épithéliaux, à organismes inférieurs, à globules rouges, chyliformes, bilieuses, dermoïdes. Elles s'accompagnent des lésions suivantes du péritoine : lavure, irritation, inflammation simple ou spécifique. Elles se montrent dans toutes les espèces de tumeurs du petit bassin, mais surtout dans les tumeurs malignes (kystes végétants, épithéliomas de l'ovaire).

L'ascite simple ne semble pas avoir une pathogénie unique ; la réaction du péritoine contre l'irritation que lui cause la tumeur paraît cependant l'élément principal de l'apparition du liquide. L'ascite chyliforme est due à la péritonite chronique. La rupture d'un kyste de l'ovaire ou la sécrétion de ses végétations externes produit l'ascite gélatineuse. Les ascites bilieuses ont d'ordinaire une origine hémaphéique. Les tumeurs malignes engendrent l'ascite sanguine, bien que celle-ci puisse coïncider avec une tumeur bénigne. Pour diagnostiquer la nature de la tumeur cachée sous l'ascite, il faut pratiquer la

ponction ou mieux l'incision exploratrice. La présence de l'ascite n'assombrit pas le pronostic des tumeurs de l'abdomen. Elle favorise quelquefois l'opération. Cependant les lésions inflammatoires du péritoine sont une mauvaise chose pour son succès. Si l'épanchement de liquide dans le péritoine n'est jamais une contre-indication à l'opération des tumeurs, elle force à faire la toilette du péritoine et le drainage.

NOUVELLES

Dixième congrès médical international, Berlin 1890 : Section d'obstétrique et de gynécologie. — Conformément à la décision prise à Washington en 1887, la prochaine session du Congrès médical international aura lieu à Berlin du 4 au 9 août de l'année actuelle. Ayant été désignés comme membres du Comité d'organisation pour la section d'obstétrique et de gynécologie par les délégués des Facultés et par les principales Sociétés médicales de l'empire allemand, nous avons l'honneur de vous inviter à vouloir bien prendre part aux travaux de notre section. Tous les savants confrères qui se rendront à notre appel seront les bienvenus, et nous serons très honorés de les accueillir et de les écouter.

Nous vous communiquons ci-joint le programme provisoire des travaux de la section, en vous demandant de nous informer dans le plus bref délai des propositions ou communications que vous désirez faire.

Comptant sur votre participation aux travaux du Congrès afin de le rendre aussi fructueux et profitable que possible, nous vous prions d'agréer, avec nos salutations confraternelles, l'assurance de notre considération la plus distinguée. *Le Comité d'organisation* : Fritsch-Breslau, Gusserow-Berlin, Hegar-Freiburg, Hofmeier-Wurzburg, Kaltenbach-Hall, Lohlein-Giessen, Martin-Berlin, Olshausen-Berlin, Winckel-München.

Les communications concernant la section d'Obstétrique et de Gynécologie, doivent être adressées au gérant de la section, Dr A. Martin, Berlin NW, Moltkestr, 2. Celui-ci se met aussi volontiers à la disposition des confrères qui désirent faire un envoi pour l'Exposition

scientifique du Congrès. Toutes les autres communications sont reçues chez le secrétaire général, Dr Lassat, Berlin NW, Karlstr. 19.

Programme provisoire des travaux :

Trois jours entiers sont réservés aux travaux de la section ; on pourra en outre disposer de quelques heures de la matinée pendant le jour de la deuxième et troisième séance générale.

Nous vous proposons d'employer la matinée aux présentations de pièces et d'instruments, ou éventuellement à la démonstration d'opérations.

Pendant les jours libres, de 10 à 1 heure, les rapporteurs et co-rapporteurs traiteront les questions indiquées ci-dessous ; à la suite aura lieu une discussion ouverte, dans laquelle on fera rentrer les communications individuelles ayant trait au même sujet.

Les autres travaux rempliront les séances, de 2 à 4 heures, dans l'ordre fixé par le Comité de la section.

Voici, en y joignant les noms des rapporteurs, les sujets qui seront discutés dans les séances du matin (10 à 1 heure).

1. *L'antisepsie obstétricale.* — Rapporteur : Galabin, Londres. Co-rapporteurs : Stadfeldt, Copenhague ; Slavijanski, Saint-Pétersbourg ; Fritsch, Breslau.

2. *L'accouchement prématuré artificiel, ses indications et méthodes.* — Rapporteur : Th. Parvin, Philadelphia. Co-rapporteurs : Calderini, Parma ; Macan, Dublin ; Dohrn, Konigsberg.

4. *L'hystérectomie vaginale.* — Rapporteur : Williams, Londres. Co-rapporteurs : Pozzi, Paris ; Schanta, Prag ; Olshausen, Berlin.

4. *L'électrolyse des myômes.* — Rapporteur : Apostoli, Paris. Co-rapporteurs : Th. Keith, Londres ; Eph. Cutter, New-York ; Zweifel, Leipzig.

VARIÉTÉS

La fièvre puerpérale et les sages-femmes. — Responsabilité des médecins. — L'emploi du sublimé. — Plusieurs journaux ont reproduit la nouvelle suivante qui intéresse au plus haut degré le corps médical :

« Le tribunal correctionnel de Lorient vient de juger une affaire qui est appelée à un grand retentissement.

Dans le courant de février dernier, les bruits les plus graves circulaient sur les agissements d'une dame Cornou, sage-femme à Merville. On parlait de nombreuses femmes mortes en couches à la suite de soins donnés par cette sage-femme.

Une enquête fut ordonnée qui aboutit à son arrestation. A la suite de l'instruction ouverte par le parquet, il fut reconnu que sept femmes étaient mortes dans la période du commencement de janvier au 19 février.

Par les conclusions du jugement, *il est bien prouvé* que la femme Cornou, par sa négligence et sa malpropreté, a été le seul agent de transmission de l'infection puerpérale qui a occasionné la mort des sept malheureuses victimes.

La femme Cornou a été condamnée à six mois de prison et 50 francs d'amende.

Nous ne connaissons pas assez les détails de cette affaire pour commenter utilement le jugement qui condamne cette sage-femme à six moix de prison, mais nous avouerons que ce jugement n'est pas sans nous inspirer quelques inquiétudes.

La femme Cornou est coupable, c'est entendu. Mais, si nous laissons condamner, sans appel, une sage-femme qui a eu des cas de fièvre puerpérale dans sa pratique, il ne nous sera pas permis d'élever la voix lorsque la rumeur publique désignera comme bouc émissaire, un médecin qui aura perdu des femmes en couches.

Si, au lieu de la femme Cornou, il s'agit d'un chef de service hospitalier qui aura une épidémie de fièvre puerpérale dans ses salles, devrez-vous le laisser condamner ainsi que ses internes à six mois de prison ?

Nous ne faisons pour le moment que soulever cette question si grave de la responsabilité des médecins devant les maladies contagieuses. Cette responsabilité est la même pour eux que pour les sages-femmes, et elle est grosse d'orages.

On nous dira, il est vrai, que si les sages-femmes ont des cas de fièvre puerpérale dans leur clientèle, c'est qu'elles le veulent bien. Que n'emploient-elles le sublimé que l'Académie, toujours si soucieuse de la santé publique, vient de mettre largement à leur disposition ?

Oui ! le sublimé ; cela semble bien facile ; mais ce médicament prétendu *antiseptique* est surtout *septique*. Voyez plutôt ce que vient de dire M. Créquy à la Société de thérapeutique dans une com-

munication intitulée : *Les dangers du sublimé en obstétrique.*

« La question de la dose de sublimé à prescrire pour les soins à donner aux femmes en couches me paraît des plus importantes, et à ce titre j'ai cru intéressant de vous communiquer les accidents fort graves que je viens d'observer chez une femme de ma clientèle qui avait avorté à trois mois. Des injections au deux millième ont été d'abord pratiquées sans inconvénient, et le délivre a été enfin expulsé après avoir été longtemps retenu. Les injections ont été continuées, mais deux jours après apparut une stomatite intense accompagnée de vomissements, de diarrhée et d'une anurie qui a duré près de trois jours : la faiblesse était très accusée. J'ai administré du lait et de l'eau albumineuse, et ma malade n'a pu être considérée comme sauvée qu'après m'avoir inspiré les craintes les plus sérieuses, *plus heureuse qu'une autre femme qui, dans un hôpital, vient de succomber dans des conditions analogues.*

D'ailleurs, si ces accidents sont relativement rares, cela tient peut-être à ce que souvent on conserve les solutions de sublimé non pas dans des récipients émaillés, ou enduits de vernis isolants, mais dans des vases métalliques au contact desquels elles se décomposent pour former un amalgame. Il en résulte que le liquide employé, au lieu de contenir une notable quantité de sels de mercure, en est plus ou moins dépourvu. »

L'opinion de M. Créquy est confirmée par M. Constantin Paul, qu s'exprime ainsi :

« J'ai vu la malade de M. Créquy qui a présenté des accidents d'intoxication très graves. De semblables accidents doivent nous rendre très timorés ; est-il prudent de confier aux sages-femmes un poison aussi violent ? Si encore les sages-femmes faisaient elles-mêmes les injections, l'intérêt des malades serait peut-être sauvegardé ; mais elles en confient forcément le soin aux personnes de l'entourage des malades ; une erreur dans le choix des voies d'introduction devient alors facile, et, sans parler de l'absorption possible par la bouche, l'injection peut être prise dans le rectum qui absorbe beaucoup plus que le vagin.

« J'insiste sur le danger qu'il y a à abandonner aux sages-femmes des paquets de sublimé ; elles feront certainement des injections uté-

(1) Dans plusieurs de nos revues de gynécologie, nous avons déjà insisté sur les dangers que présente le sublimé comme antisepsique obstétrical. (*Note de la Réd.*).

rines, et on aura à déplorer des accidents aussi redoutables que ceux qui viennent d'être rapportés. »

Supposons un instant que les accidents survenus dans la pratique de l'honorable Dr Créquy soient survenus chez la cliente d'une sage-femme, vous n'auriez pas hésité à coffrer l'accoucheuse et à lui administrer six mois de prison pour homicide par imprudence.

Si la sage-femme n'emploie pas les antiseptiques, elle est condamnée ; si elle les emploie et qu'elle ait des accidents d'intoxication, elle l'est également.

Cela peut nous paraître indifférent tant qu'il s'agit des sages-femmes ; mais cela semblera moins drôle lorsqu'au lieu de la pauvre accoucheuse, on verra des médecins sur la sellette de la police correctionnelle.

Nous l'avons dit, la question de la responsabilité médicale en matière de maladies contagieuses est grosse d'orages ; qu'on y prenne garde.

(*Journ. de méd. de Paris.*)

UN VASTE CHAMP A EXPLOITER POUR LES FEMMES-MÉDECINS. — Deux doctoresses américaines ont fait grande impression en Chine. L'une, résidant à Shangaï, et dont malheureusement le nom n'est pas consigné dans la dépêche arrivée à Londres, a étonné les Chinois par son habileté chirurgicale. L'autre, Dr King, a fait son chemin dans les sphères officielles et est devenue le médecin particulier de l'impératrice douarière. (*Paris méd.*)

INCONVÉNIENTS DE L'HYPNOTISME. — Il n'est pas inutile de savoir, en ce temps de véritable débauche d'hypnotisme, que l'état hypnotique constitue véritablement un état pathologique. Pour les neuro-pathologistes, le fait n'a plus besoin d'être démontré. Mais, sans parler des gens du monde dont beaucoup ne voient dans les séances d'hypnotisme qu'une récréation inoffensive pour eux et pour les sujets sur lesquels on expérimente, il est bon nombre de médecins qui n'attachent pas une importance suffisante au côté pathologique que présente l'hypnotisme, tant dans sa nature même que dans ses conséquences. Or la chimie biologique intervient à son tour pour montrer que l'hypnotisme agit, au même titre que l'attaque, ou l'état de mal hystérique, pour modifier la nutrition. Dans une note communiquée à la Société de biologie, M. Gilles de la Tourette dit avoir, en effet,

constaté, chez un sujet plongé depuis une heure dans une période de grand hypnotisme (léthargie, catalepsie, somnambulisme), une diminution des éléments de l'urine et un abaissement du taux de tous les *excreta* urinaires, résidu fixe, urée, phosphates, avec inversion de la formule de ces derniers. Ces résultats semblables à ceux que le même auteur a obtenus à la suite des phénomènes de la grande hystérie, montrent que l'hypnotisme se rapproche notablement de celle-ci et constitue ainsi un état pathologique. La chimie biologique conduit donc, sur ce point, à la même conclusion que la clinique.

(*France méd.*).

—

FEMMES MÉDECINS. — Après la Belgique, l'Autriche :

Les journaux viennois annoncent que l'exercice de la médecine par des femmes vient d'être autorisé pour la première fois en Autriche. C'est l'Empereur lui-même qui a autorisé Mme Rosa Kesrchbaumer à ouvrir à Salzbourg une Clinique pour les maladies des yeux.

BIBLIOTHÈQUE

—

I. **La cure des affections chroniques des voies respiratoires à Cauterets,** par le Dr A. BOUYER. Paris, Doin 1890.

II. **Réflexions sur quelques opérations d'ovariotomies,** faites à Clermont-Ferrand, par le Dr LEDRU. Paris, Steinheil 1890.

III. *Bull. de l'Assoc. pyrén. de Luchon.*

IV. **Méthode pour mesurer la mobilité et l'élasticité de l'appareil tympanique,** par le Dr LŒWENBERG. Paris, Masson 1889.

V. **L'immunité par les vaccins chimiques,** par le Dr PEYRAUD (de Libourne). Paris, Masson.

VI. **De l'emploi du drap mouillé en hydrothérapie,** par le Dr F. BOTTEY. Paris, 1890.

VII. **Quelques considérations sur les digitalines pharmaceutiques,** par M. ADRIAN. Paris, Doin 1890.

VIII. **Notice sur Plombières-les-Bains,** par le Dr DAVILLER. Nancy, 1890.

IX. **De la médecine thermale et de la chirurgie dans le traitement des névralgies utéro-ovariennes graves,** par le Dr F. de RŒUSE. Paris, Doin 1890.

X. **La stérilité chez la femme et son traitement médico-chirurgical**, par le Dr A. LUTAUD. Paris, Maloine, éditeur, 1890.

Il est peu de médecins qui n'aient un jour ou l'autre l'occasion d'être consultés par des femmes stériles ; or, il n'est pas toujours facile de découvrir la cause de la stérilité dans tous les cas, il est encore plus malaisé souvent d'affirmer si la guérison peut être espérée ou si la stérilité est incurable ; enfin, c'est non moins souvent une œuvre délicate que de décider quel traitement doit être mis en œuvre, quelle opération doit être pratiquée pour obtenir le résultat désiré. Aussi le livre que nous présentons à nos lecteurs et qui est dû à notre distingué confrère, M. le Dr Lutaud, vient-il combler une lacune et sans aucun doute est-il destiné à rendre de grands services à tous les praticiens.

Après quelques considérations générales sur la stérilité envisagée au point de vue de la jurisprudence et de la médecine légale, M. Lutaud fait l'historique de la question et donne la définition de la stérilité féminine, ses différentes divisions et montre sa fréquence. Un chapitre très intéressant et où l'on trouvera quelques citations curieuses du Dr Pajot est ensuite consacré à la physiologie du coït, aux postures, au coït fécondant. La stérilité par inaptitude à la copulation (imperforations et vices de conformation du vagin, tumeurs de la vulve et du vagin, persistance et rigidité de l'hymen, vaginisme) fait l'objet du chapitre V. Sous le titre : stérilité par obstacle mécanique à la pénétration du sperme dans l'utérus, l'auteur étudie l'influence et le traitement des sténoses et des atrésies du col, de l'allongement du col, des anomalies de conformations, et enfin des déviations utérines.

Le chapitre suivant, l'un des plus importants à notre avis, traite de l'influence des affections catarrhales de l'utérus. L'auteur insiste avec raison sur les heureux effets du curettage quand la stérilité est due à l'existence d'une endométrite fongueuse.

La stérilité par inaptitude à l'ovulation et à l'incubation, la stérilité de cause générale constitutionnelle ou diathésique sont ensuite traitées. Enfin, l'ouvrage se termine par une excellente étude de la fécondation artificielle, à laquelle l'auteur doit 3 succès complets sur 29 cas.

On voit, par cette courte analyse, qu'il y a beaucoup à apprendre dans l'ouvrage de M. Lutaud ; les divisions en sont excellentes, l'exposition toujours claire, et la lecture facile et attrayante.

Les gynécologistes y verront surtout l'avantage de trouver groupés et réunis tous les faits épars dans les traités de maladies des femmes ; quant au médecin praticien, il ne peut désirer un meilleur guide pour l'étude de cette question si importante de la stérilité féminine.

J. B.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

91. — Traitement électrique en gynécologie. — M. Saulmann parle des heureux résultats obtenus par le traitement électrique dans différentes affections de l'utérus et des annexes ; il loue la méthode d'Apostoli.

Il a employé l'électricité dans un grand nombre de cas de fibrômes utérins compliqués d'hémorrhagies, et toujours avec beaucoup de succès. Il cite en détail un cas semblable : non seulement pertes et douleurs ont vite cédé, mais de plus la tumeur s'est atrophiée ; la malade, qui était presque impotente depuis longtemps, est guérie et a pu reprendre ses occupations ordinaires.

M. Saulmann décrit son *modus faciendi* ; il montre les sondes et l'appareil électrique dont il se sert.

Il emploie d'habitude un courant de 75 à 150 milliampères ; il va même jusqu'à 200. Il n'a pas eu besoin, contrairement à M. Apostoli, de dépasser cette intensité.

D'habitude, l'un des électrodes, très large, est placé sur l'abdomen qu'il recouvre en grande partie, afin d'éviter toute action caustique ; l'autre est introduit dans le vagin (boule) ou dans l'utérus (sonde isolée dans sa portion extra-utérine) ; le volume de ces sondes en aluminium est différent selon les cas. (*Journal d'accouchements.*)



92. — Remède contre les taches de rousseur. — Le Dr Halkin recommande le traitement suivant : Après avoir distendu avec deux doigts la partie affectée de la peau, on la badigeonne avec de l'acide phénique. La cuisson légère ressentie par le malade disparaît après quelques minutes. La peau blanchit, et il se forme, petit à petit, une croûte mince qui tombe d'elle-même peu de jours plus tard (il faut prendre garde de ne pas l'arracher de force). La tache de rousseur devient alors rosée et bientôt prend la coloration de la peau normale.

(*Cour. Méd.* et *Agenda des pharm. russes.*)

***

93. — Naphtaline dans les affections intestinales des enfants. — D'après Widowiz, ce médicament ne produit rien dans les dyspepsies accompagnées de vomissements de lait caillé et de selles fréquentes, tandis qu'il exerce une influence favorable dans les autres variétés de catarrhe intestinal, c'est-à-dire qu'il prévient la putréfaction et la transformation de l'entérite aiguë en entérite chronique. Chez les enfants, l'auteur préfère administrer la naphtaline en potion d'après la formule suivante :

Naphtaline........................	0,30 à 1 gr.
Mucilage de gomme arabique.......	ââ 40 gr.
Eau de camomille..................	
Essence de menthe poivrée..........	1 goutte.

Toutes les deux heures, une cuillerée à café; on ajoute 20 gouttes d'alcool rectifié chez les enfants qui sont dans le collapsus. (*Paris medical* et *Jahr., für Kinderheil*, B. 26, Hft 3, n. 4, 1887.)



94. — Considérations nouvelles sur le traitement des ulcérations du col, par Burton. — Quoique les ulcérations du col ne soient le plus souvent qu'une manifestation extérieure de l'endométrite, il n'en est pas moins utile de diriger un traitement contre ces érosions apparentes qui sont une cause de troubles de la menstruation et de leucorrhée persistante.

On peut traiter l'érosion avec le pansement sec au moyen d'une poudre antiseptique quelconque, que l'on maintient à l'aide d'un tampon vaginal qui a surtout pour but de soutenir l'utérus.

La plupart des médecins traitant une érosion, dit M. Burton, ont la détestable habitude, ou même on pourrait dire ignorance, d'appliquer des caustiques pour ces érosions.

Il y a peu de médecins qui n'aient pas dans leur trousse un crayon de nitrate spécialement destiné à cet usage et qui ne trouvent moyen de le planter dans un col utérin, deux ou trois fois par semaine, régulièrement. Ce traitement dure naturellement plusieurs mois, souvent sans résultat pour la malade.

Quelques érosions finissent par guérir quand même avec une atrésie du col qui nécessitera, quelques années plus tard, une dilatation

sanglante avec curettage utérin. Mais, chaque fois qu'un médecin produit une eschare caustique au lieu et place d'une érosion congestive, il devrait au moins avoir la patience d'attendre que la plaie produite par le caustique soit cicatrisée, avant d'en reproduire une nouvelle. Si cette méthode thérapeutique était employée sur un organe accessible à l'observation directe visuelle et journalière, ce même médecin agirait tout autrement.

Il n'y a pas de raison pour traiter le col de l'utérus plus brutalement ou plus caustiquement qu'une conjonctivite ou un catarrhe nasal, par exemple. Il faut six semaines environ pour guérir une érosion du col, bien traitée, et cela simplement avec le tampon vaginal et l'acide borique en poudre, l'iodoforme ou le naphtol. Il suffit d'y appliquer régulièrement, et d'une façon presque certaine, pendant six semaines, un antiseptique sédatif en soutenant l'utérus. Quand la patiente retire son tampon, que la malade peut garder quatre ou cinq jours, elle doit prendre des lavages ou injections avec l'eau chaude, et cela pendant un ou deux jours, avant de remettre un nouveau tampon. Il est rare qu'une érosion simple résiste à ce traitement. Si l'érosion est symptomatique d'une endométrite, c'est au curettage qu'il faudra avoir recours ou au traitement de l'endométrite approprié suivant le cas.

⁂



95. — L'hydrastinine, ses applications au traitement des hémorrhagies utérines. — Voici les conclusions d'un travail paru, sur ce sujet, dans la *Revue hebdomadaire de thérapeutique générale et thermale* :

Dans sept cas de métrorrhagies sans lésion organique, de *dysménorrhée congestive,* les phénomènes congestifs ont cessé de se produire aux époques menstruelles; l'hémorrhagie est devenue moins abondante et sa durée moindre. Les résultats ont été particulièrement satisfaisants dans un cas de ménorrhagie chez une vierge. Avant le traitement, les règles revenaient tous les quinze jours et duraient de huit à douze jours consécutifs. Sous l'influence des injections d'hydrastinine, les périodes intermenstruelles ont atteint une durée de cinq semaines et de cinq semaines et demie ; le sang ne coulait plus guère que pendant cinq jours et avec une abondance beaucoup moindre.

Dans deux cas d'*hémorrhagies ovariennes,* du genre de celles

qu'on observe dans l'*hystérie grave*, l'effet utile des injections d'hydrastinine a été nul. L'un de ces cas concerne la femme névropathe dont il a déja été question plus haut; l'autre, une femme qui avait déjà été traitée par le curettage de l'utérus et les injections d'ergotine, sans résultat.

Dans deux cas de pyosalpingite, les injections d'hydrastinine ont amené une diminution des poussées congestives qui se faisaient du côté des organes génitaux, et une diminution des pertes de sang.

Dans cinq cas d'*endométrite hyperplasique simple*, les injections d'hydrastinine ont procuré une amélioration très nette, après échec du curettage de l'utérus et des injections d'ergotine. Cette amélioration s'est continuée après la suspension du traitement.

Dans trois autres cas d'*endométrite compliquée de métrite hyperplasique chronique*, les résultats ont été beaucoup moins satisfaisants. Cependant, dans l'un de ces cas, l'utérus a subi une diminution de volume.

Dans neuf cas de myômes, de dimensions et de natures variables, les injections d'hydrastinine ont eu pour résultat constant de tarir les hémorrhagies utérines, et cela, dans des cas où les métrorrhagies duraient jusqu'à cinq et six semaines consécutives, et où on avait employé les injections d'ergotine sans le moindre succès.

En résumé, sur les vingt-six cas traités par les injections d'hydrastinine, quatre seulement ont résisté à cette médication. Falk n'a pas, jusqu'ici, expérimenté le nouveau médicament dans la pratique obstétricale; cette lacune ne tardera pas d'être comblée.

Technique. Voici, d'autre part, les indications que donne Falk, au sujet de la technique du traitement :

Souvent les injections étaient faites en pleine hémorrhagie. Mais, dans les cas de dysménorrhée congestive ou de ménorrhagies symptomatiques d'une lésion utérine, les injections donnaient leur maximum d'effet utile lorsqu'elles étaient faites une huitaine de jours avant le retour présumé de l'hémorrhagie.

La solution employée avait pour formule :

Rec. Chlorhydrate d'hydrastinine..	1	gramme.
Eau distillée................	10	—

M. — Injecter chaque jour la valeur d'une demi-seringue de Pravaz, pendant les intervalles qui séparent les hémorrhagies, et la valeur d'une seringue de Pravaz, pendant la durée de l'hémorrhagie.

* * *

96. — Diphthérie. (Luton.) — Le savant médecin rémois administre aux diphthéritiques une cuillerée à bouche de la solution suivante toutes les deux heures:

Eau sucrée à la saccharine.............	125 gr.
Perchlorure de fer liquide..............	2 —
Chlorhydrate de cocaïne...............	0 — 25

S'il s'agit d'un enfant, la dose de cocaïne est réduite à 10 centigrammes, il ne donne qu'une cuillerée à dessert à la fois.

Ajoutez à cela, dit-il, l'usage de la glace à l'intérieur, et vous serez suffisamment armé contre un mal dont on se préocupe beaucoup en ce moment. Avec cette médication, il n'y a plus aucune violence à exercer : arrachement des fausses membranes, cautérisations à outrance, écouvillonnement continuel.



97. — Sur le traitement de la diphthérie par le sesquichlorure de fer, par le docteur Szeremley. (*Prester medic. chirurg. Presse* 1889, n° 41). — M. Szeremley rend compte des résultats qu'il a obtenus pendant une pratique de onze années, dans 234 cas de diphthérie, dont 90 concernaient des malades âgés de plus de 14 ans.

Ces 90 malades adultes ont tous guéri. Sur les autres malades il s'en est trouvé 24 chez lesquels la diphthérie a envahi le larynx et les fosses nasales ; 20 de ceux-là sont morts et 4 ont guéri. Dans 16 des cas de cette seconde catégorie, le médecin n'a été appelé à intervenir qu'à une époque où le larynx était déjà envahi par les fausses membranes.

Au début de sa carrière, M. Szeremley, traitait la diphthérie par les antiseptiques appliqués localement, sous forme de badigeonnages, d'irrigations, de gargarismes, et associés au chlorate de potasse. Puis, à partir de l'année 1879, il a expérimenté le sesquichlorure de fer, qui lui a donné des résultats tellement favorables, que, depuis lors, il a cru devoir rester fidèle à ce procédé de traitement. Employé au début de la diphthérie, le sesquichlorure de fer, non seulement hâte l'élimination des fausses membranes, mais encore empêche l'envahissement du larynx et des fosses nasales. De plus, les applications de

sesquichlorure de fer se font, le plus souvent, sans résistance de la part des malades. Enfin, à cela se borne tout le traitement, car le sesquichlorure de fer, si l'on s'en rapporte à M. Szeremley, agit à la façon d'un spécifique.

L'auteur emploie le remède *intus* et *extra,* c'est-à-dire en badigeonnages et en potion. A l'intérieur, le médicament est prescrit sous forme de teinture diluée dans l'eau (3-5 %), à prendre toutes les demi-heures une cuillère à café de cette solution.



98. — **Hygiène de la jeune fille.** (Dr G. DECOURTIS.) — On s'est beaucoup préoccupé, depuis quelques années, de l'éducation physique des jeunes garçons. On a cherché, par tous les moyens possibles, à alléger les programmes universitaires et à développer les exercices physiques.

Des ligues se sont formées dans ce but, des comités influents les ont patronnées, et la question a été portée maintes fois devant les pouvoirs publics et les sociétés savantes. On a même vu récemment les apôtres de la nouvelle éducation convoquer tous ses adeptes dans un congrès international.

Pour qui a-t-on dit tant de paroles, fait tant de démarches, réalisé tant de réformes utiles ? Pour les jeunes garçons et pour eux seulement. Le spectre de la guerre nous poursuit. Nous voulons être à la hauteur de nos adversaires, quels qu'ils soient. Nous voulons avoir à leur opposer des hommes, mais surtout des soldats. Et c'est toujours la même idée, celle qui a provoqué la création des bataillons scolaires, l'obligation du service militaire pour tous, les fusils à répétition et les obus à la mélinite.

Puisque l'excès de notre civilisation nous ramène au temps de la barbarie et nous condamne à nous égorger réciproquement, puisque notre vieille Europe est destinée à devenir la proie du plus fort et du plus audacieux, nous sommes forcé d'applaudir à toutes ces réformes qui nous permettront de surnager au milieu du cataclysme général, bien qu'elles n'aient pas eu pour but direct le seul point qui intéresse un médecin : la santé.

Il nous semble cependant qu'on a trop oublié le rôle de la femme dans nos sociétés modernes. C'est d'elle que dépend l'avenir du jeune enfant, de ce futur soldat que nous entourons de toutes nos complai-

sances. Elle doit être forte et robuste, si nous voulons que ses fils soient robustes et forts. S'en est-on préoccupé? A-t-on songé à restreindre les programmes d'instruction des jeunes filles? à développer le corps en même temps qu'on ornait l'intelligence? Non, les cours des jeunes filles sont plus chargés que jamais; elles veulent avoir toutes leur diplôme en poche, et se soucient peu de l'anémie et de la tuberculose, qui les guettent à chaque page de leurs livres. On considère que la force est l'apanage de l'homme, la grâce celui de la femme, mais la grâce n'exclut pas la santé, loin de là, et c'est par l'hygiène et l'excercice qu'on l'acquiert.

Le docteur Bl. Edwards a fait à ce sujet une intéressante communication au Congrès international des œuvres et institutions féminines. Notre confrère a étudié l'hygiène de la jeune fille pendant la période scolaire et le rôle de l'éducation physique, en suivant l'enfant depuis le moment où elle commence ses classes jusqu'au moment où elle les termine, quand elle est jeune fille. Nous voyons, par ce tableau, que l'hygiène de la fillette et de la jeune fille est plus mal comprise que ne l'a jamais été l'hygiène du jeune garçon. Nous applaudissons donc aux réclamations si légitimes de notre confrère, en demandant des récréations nombreuses dans l'enfance; des promenades amusantes dans l'adolescence; des promenades utiles et en plein air pour les jeunes filles; un costume solide, commode et uniforme pour toutes; des bains et de l'hydrothérapie à profusion.

Non, dirons-nous aussi, ce n'est pas le superflu, l'air pur, l'exercice au grand air, l'hydrothérapie, pas plus que la nourriture saine et abondante. C'est, pour les fils comme pour les filles d'un pays, le strict nécessaire qu'on leur doit, au même titre que les programmes parfaits, trop parfaits auxquels ils sont soumis actuellement.

Nous espérons que cet appel sera entendu, qu'il trouvera de l'écho dans le public, et deviendra le point de départ de réformes urgentes.

***

99. — Hygiène et traitement de la première dentition. (Monti.) — La seule mesure de précaution qu'il soit nécessaire de prendre, consiste à tenir la muqueuse buccale dans un état de propreté parfaite. Il importe donc, pendant la dentition, de laver plusieurs fois par jour la bouche, soit avec de l'eau pure, soit avec des solutions antiseptiques. Parmi ces dernières, les plus efficaces sont les suivantes :

Acide borique.....................	3 grammes	
Eau distillée........................	200	—
Teinture de myrrhe..................	3	—

Ou encore :

Salicylate de soude..................	3 grammes	
Eau dist............................	200	—
Teinture de myrrhe..................	3	—

Lorsque les dents de lait sont sorties, il est bon de les nettoyer avec une brosse très douce, et de faire usage en même temps, soit de l'une des solutions indiquées précédemment, soit d'une poudre dentifrice appropriée.

La poudre suivante indiquée par Zsigmomdy donne de très bons résultats :

Carbonate de magnésie...............	ãã 10 gr.	
Savon médicinal......................		
Os de seiche pulvérisé..............	10	—
Essence de menthe...................	IV gouttes.	

Chez les enfants tout jeunes on peut se servir encore du mélange suivant :

Carbonate de magnésie...............	5 grammes.	
Craie blanche........................	15	—
Salicylate de soude..................	15	—
Essence de menthe...................	IV gouttes.	

Lorsque l'une ou l'autre dent de lait vient à se carier, il est nécessaire de la conserver le plus longtemps possible et d'arrêter le développement de la carie par une obturation parfaite de la dent. (*Rev. des Mal. de l'enfance.*)



100. — Traitement des exsudats pelviens par la compression, par M. J. WERNITZ. (*Centralblatt für Gynaekologie* 1889, n° 45.) — Contre les exsudats qui ont pour siège le bassin, M. Wernitz préconise un procédé de traitement des plus simples. Ce procédé consiste dans l'application d'une bande de caoutchouc, qui entoure tout le ventre. On a soin de capitonner préalablement le ventre avec des coussinets de ouate, disposés de telle sorte que la pression exercée par la bande élastique se répartisse d'une façon uniforme. Il

faut employer une bande d'une certaine épaisseur, assez longue pour que ses tours couvrent toute la partie du tronc comprise entre le rebord des fausses côtes et le niveau des grands trochanters. Il faut, de plus, que les tours de bande soient plus serrés dans le bas que dans le haut.

Moins l'exsudat occasionne de douleurs, plus on pourra serrer la bande et plus longtemps on pourra la laisser en place. Dans le cas d'un exsudat tout à fait indolent, on pourra laisser la bande à demeure. De plus, pour opposer une contre-partie à la compression de l'abdomen, on tamponnera le vagin avec des tampons iodoformés dont le volume sera également proportionné au degré d'indolence de l'exsudat. Toutefois, lors de la première séance de compression, on ne devra pas procéder trop énergiquement, de peur de provoquer une exacerbation du processus inflammatoire. Sitôt que la compression occasionne des douleurs, on enlève la bande et les tampons, pour les réappliquer le lendemain pendant quelques heures, en tâtant bien la susceptibilité des malades. Il faut surtout procéder avec circonspection dans les cas d'exsudat aigu accompagné de fièvre. En pareille circonstance, il ne faut serrer la bande que très modérément et s'abstenir du tamponnement. L'application de la bande, qui a pour effet immédiat de calmer les douleurs, n'empêche pas les applications locales concomitantes de glace.

L'action salutaire de ce procédé de traitement s'explique par l'immobilisation du ventre et des organes pelviens, qu'entraîne l'application de la bande ; il y a, de plus, à tenir compte de ce fait, que la respiration prend davantage le type costal. Enfin, la compression continue favorise l'afflux du sang artériel et la déplétion des veines.



101. — Sur le traitement du catarrhe utérin, par le Docteur von Swiecicki. (*Allgemeine medic. Central-Zeitung*, 1889, n° 70.) — M. Swiecicki fait remarquer que dans la plupart des endométrites, il y a prolifération des cellules arrondies et fusiformes du tissu interglandulaire de la muqueuse utérine, qu'en même temps les vaisseaux de ce tissu interglandulaire sont dilatés, que l'épithélium glandulaire s'hypertrophie ; parfois même il y a hyperplasie, multiplication des glandules de la muqueuse. Par suite, cette membrane est fortement hyperemiée, tuméfiée, ramollie, et le siège d'une sécré-

tion abondante. Or, nous disposons d'un médicament qui a la propriété de restreindre, sinon de tarir les sécrétions glandulaires ; c'est la morphine.

M. Levinstein a publié l'observation d'une femme, âgée de 24 ans, morphinomane, chez laquelle était survenue une atrophie considérable de l'utérus et des ovaires, sous l'influence de l'empoisonnement morphinique. A la suite d'une « cure d'abstinence », cette dame, qui était devenue aménorrhéique, eut de nouveau ses règles ; en même temps, on pouvait constater, au moyen de l'hystéromètre, un accroissement de volume de la cavité utérine (5 centimètres, au lieu de 4 1/2).

En s'inspirant de ces données, M. Swiecicki a eu l'idée de traiter l'endométrite chronique par les injections intra-utérines de morphine. L'expérience a été tentée dans douze cas d'endométrite ; la dose de morphine injectée en une fois a été, en général, de 5 milligrammes ; les injections étaient répétées à raison de trois par semaine. Le traitement a embrassé une durée moyenne de trois à quatre semaines ; sept fois, il y a eu une amélioration considérable, et quatre fois, guérison complète du catarrhe utérin. Un seul cas a été rebelle à la médication, sans doute parce que l'endométrite était d'origine gonorrhéique. Dans ce cas, il a fallu recourir aux injections de chlorure de zinc. Naturellement, l'emploi de la morphine est contre-indiqué dans l'endométrite interstitielle avec atrophie de la muqueuse utérine.



102. — De l'accouchement prématuré dans l'éclampsie. — On connaît l'importance de hâter l'accouchement chez les éclamptiques. M. Mondot (d'Oran) conseille, à cet effet, le procédé suivant dont il a obtenu les meilleurs résultats.

Il introduit à travers le col, une canule métallique de forme aplatie et administre, sous faible pression, une irrigation de dix litres d'eau chaude et phéniquée à un pour cent. Le jet doit être modéré. On le voit, ce procédé est simple, et M. Mondor, a réussi dans sept cas graves d'éclampsie à sauver cinq malades. (*Congrès pour l'avancement des sciences.*)



103. — Sur certaines précautions qui favorisent le succès de la méthode antiseptique pendant et après

l'accouchement. (M. CULLINGWORTH, de Londres.) — On peut, au moyen de certaines précautions bien simples, mais trop souvent négligées, contribuer à assurer le succès des mesures antiseptiques qui sont actuellement adoptées sous une forme ou sous une autre, par l'immense majorité des accoucheurs.

Tout d'abord il faut se garder d'examens trop répétés pendant l'accouchement ; lorsqu'on s'est assuré que tout va bien, il faut examiner le moins possible. L'importance de ce détail avait déjà été notée par Semmelweiss (de Vienne) ; il avait remarqué (et la même observation a été faite à plusieurs reprises) que les femmes qui entraient à l'hôpital de suite après leur accouchement et celles qui, pour toute autre raison, n'avaient pas été examinées *per vaginam* avant l'accouchement, présentaient une immunité très évidente vis-à-vis la fièvre puerpérale. En 1887, par exemple, sur 170 de ces cas, les suites de couches furent absolument normales dans 165 et dans les 5 autres on n'observa que des accidents tout à fait insignifiants ; on n'enregistra en deux ans, parmi 243 cas de ce genre, ni décès, ni paramétrite.

Un second point important est l'évacuation complète de l'utérus.

On recommande aux nouvelles accouchées un repos presque absolu pendant plusieurs jours : l'auteur croit qu'on a tort et à ce propos, rappelle ce qu'écrivait un clinicien éminent, C. White, il y a un siècle environ : « Quelques heures après l'accouchement, laissez la femme s'asseoir et donner le sein à l'enfant ; la mère ne doit pas être couchée avec la tête et la poitrine trop basses ; plusieurs fois par jour, on l'engagera à s'asseoir pour donner le sein et toutes les fois qu'elle voudra uriner, elle se placera sur ses genoux. »

M. Cullingworth adopte une manière de faire analogue et s'en trouve très bien ; sans aller aussi loin que White, il permet aux nouvelles accouchées de s'asseoir le second ou le troisième jour, car il croit que, dans cette position, le drainage naturel de l'utérus s'effectue plus facilement ; il est bien entendu que tout ceci s'applique exclusivement aux accouchements normaux. White, en quarante ans, n'a perdu aucune femme après accouchement normal.

Il a l'habitude de toujours suturer les déchirures du périnée, même peu étendues, et il croit que c'est une bonne précaution.

Comme application sur la vulve, après l'accouchement, M. Cullingworth emploie des sacs de gaze antiseptique contenant de l'ouate au sublimé.

Aussitôt que la tête de l'enfant est sortie de la vulve, il faut nettoyer les yeux avec une serviette et instiller quelques gouttes d'une solution de sublimé à 1/3000. Si la mère a un écoulement vaginal, il vaut mieux employer une goutte de solution de nitrate d'argent à 2 0/0.

Le cordon ombilical doit être saupoudré d'amidon et recouvert d'un linge sec ; la petite plaie qui reste après la chute du cordon peut être traitée avec avantage par l'acide borique en poudre. (*Semaine médicale.*)

***

104. — Suppositoire contre les ulcérations du col.

Iodoforme.......................	1 gramme.
Extrait d'opium.................	50 centigr.
Essence de menthe...............	10 gouttes.
Beurre de cacao.................	10 grammes.

F. s. a. un suppositoire.

(*Journal de méd. de Paris.*)

***

105. — Traitement pour menstruation trop abondante. (RHEMSTADTER.)

Ergotine dialysée...................	10 gram.
Glycérine...........................	20 —
Eau distillée.......................	70 —
Acide salicylique...................	8 centigr.

Une cuillère à café mélangée avec trois cuillères à café d'eau, à injecter une fois par jour dans le rectum, préalablement débarrassé de son contenu.



106. — Ophtalmie purulente. — Dans son service de la Charité, le Dr Budin préconise contre cette affection l'usage du naphtol.

En résumé : Avec le naphtol, le gonflement des paupières cède rapidement, les cautérisations peuvent être plus rares et si le naphtol ne saurait remplacer le nitrate d'argent, il rend de grands services comme adjuvant dans le traitement de l'ophtalmie purulente. Il est

bien préférable à l'eau boriquée ; M. Budin cite, dans ses cliniques, une observation dans laquelle l'eau boriquée, n'ayant amené aucune amélioration, avec le naphtol, la conjonctivite qui s'éternisait disparut rapidement.

Depuis les recherches du Dr Budin, le naphtol A, qui est deux fois plus antiseptique que le naphtol B, a été préconisé ; c'est ainsi que le Dr Valude et, dans une thèse récente, le Dr Dupont citent des observations où le naphtol A a donné d'excellents résultats.

La solution non alcoolisée, et par conséquent plus difficile à obtenir qu'ils emploient, est ainsi composée :

Naphtol A..................	20 centigrammes.
Eau........................	1.000 grammes.

(*Archives de Tocologie.*)

***

107. — Teinture antiseptique contre la diphtérie. (Osiecki).

Teinture de ratanhia....................	10 gr.
— de benjoin.....................	5 —
— d'aloès........................	3 —

Mêlez. — Avec ce mélange, on touche trois fois par jour le pharynx et les amygdales, dans le cas d'angine couenneuse. — Après chaque attouchement, on insuffle la poudre suivante : Acide tannique, 2 grammes ; soufre sublimé et chlorate de protasse, de chaque, 2 gr. 50. — Mêlez.

***

108. — Du menthol contre les vomissements de la grossesse. (Gottschalk.) — Le traitement des vomissements de la grossesse, au moyen du menthol a été de nouveau expérimenté par l'auteur avec le plus grand succès. Voici la formule qu'il recommande :

Menthol..........................	1 gramme
Alcool............................	20 grammes
Sirop de sucre.....................	50 grammes.

F. S. A. — A prendre une cuillerée à café toutes les heures.

(*Wiener Med. Press*, n° 43, 1889.)

***

109.— Traitement du croup et de la diphthérie au début par les lavages thymiques. (Gallois, de Grenoble.) — C'est en solution à 1/1000 que l'acide thymique doit être employé. Une solution plus faible ne donne pas les mêmes résultats ; plus forte, elle a une saveur trop désagréable.

Pour faciliter la dissolution, le liquide de lavage doit être ainsi formulé :

Acide thymique cristallisé...........	1 gramme.
Essence de thym....................	une goutte.
Alcool............................	30 grammes

Faire dissoudre et ajouter :

Eau	1 litre.

Pour les lavages dans le nez, la formule doit être ainsi modifiée :

Acide thymique....................	50 centigr.
Alcool............................	15 grammes.

Faire dissoudre et ajouter :

Sel marin.........................	6 grammes.
Eau tiède.........................	1 litre.

Il importe, en effet, de remarquer que le contact de la solution à 1/1000 froide et non salée avec la muqueuse nasale est plus que désagréable ; il est presque douloureux, quoique sans danger.

Le mode d'emploi est le gargarisme froid chez l'adulte qui sait bien se gargariser. Chez l'enfant, c'est le grand lavage de l'arrière-gorge.

Dans les cas pris absolument au début, on se contentera de 8 lavages dans les 24 heures, soit un toutes les trois heures, *jour et nuit*. Pour peu que les plaques soient déjà un peu étendues, il ne faut pas hésiter à en faire un toutes les heures. C'est donc en moyenne 12 lavages par 14 heures qu'il faut pratiquer. C'est dire qu'il faut employer de 3 à 6 litres de la solution.

Ces lavages sont faits avec l'irrigateur ordinaire. Les enfants les supportent généralement bien et s'y habituent très vite.

***

110. — Traitement de la cystite chronique. — Ludwig Freey a obtenu d'excellents résultats, dans le traitement de la cystite

chronique, en injectant dans la vessie une certaine quantité d'iodoforme. A la troisième ou à la quatrième injection, l'amélioration est telle que les malades ne souffrent plus.

Ludwig Freey recommande:

1° De laver la vessie à l'eau bouillie tiède ;

2° D'injecter une cuillerée à café du mélange suivant dans un litre d'eau tiède :

Iodoforme.....................	50 grammes.
Glycérine.....................	40 —
Eau distillée..................	10 —
Gomme adragante..............	25 centigrammes.

Agitez.

Faire trois injections par jour.

Il est certain que l'iodoforme agit comme antiseptique et comme analgésique sur la muqueuse vésicale. Ce médicament peut être d'un grand secours dans le traitement des cystites ; mais les effets de l'iodoforme sont loin d'être aussi bons et surtout aussi rapides que le dit Ludwig Freey. En somme, ces injections peuvent être prescrites, mais il ne faut pas trop compter sur leur efficacité. C'est, du moins, ce que l'expérience nous a démontré.

FORMULAIRE

Le tamponnement de la cavité utérine avec l'éponge préparée dans les endométrites hémorrhagiques avec ou sans néoplasme. (Jules Chéron.)

Le meilleur moyen d'arrêter les hémorrhagies utérines, que celles-ci soient en rapport avec une endométrite hémorrhagique simple ou bien avec une endométrite hémorrhagique dépendant d'une tumeur fibreuse, consiste à pratiquer un curettage soigneux et complet de la cavité utérine.

Ce n'est pas à dire cependant que cette opération doive être pratiquée dans tous les cas ; lorsque la santé de la malade n'est pas très gravement compromise, et surtout lorsque la muqueuse n'est pas très épaissie — ce que l'on peut vérifier au moyen du curettage d'exploration — on a encore des chances de guérir l'endométrite et de supprimer les hémorrhagies par des méthodes palliatives.

Dans ces conditions, on peut recourir avec avantage au tamponne-

ment de la cavité utérine suivant le procédé de M. Vulliet (de Genève) ; de petites boulettes de coton iodoformé sont introduites dans la cavité utérine en aussi grand nombre que possible et laissées là pendant 48 heures ; au bout de ce temps, on retire les boulettes et, si on craint de voir revenir l'hémorrhagie aussitôt, on lave la cavité et on fait un nouveau tamponnement.

On peut également faire le tamponnement avec la gaze iodoformée coupée en bandelettes de 1 à 2 travers de doigt en largeur et dont la longueur est proportionnée au volume de la cavité utérine. Ce procédé n'est d'un emploi facile qu'après les accouchements, après les fausses couches ou encore après l'ablation d'un polype de l'utérus par les voies naturelles ; aussi est-il préconisé surtout dans les hémorrhagies puerpérales.

La gaze au salol peut servir dans les mêmes conditions que la gaze iodoformée.

Après avoir essayé toutes ces méthodes de tamponnement de la cavité utérine, j'ai reconnu que, dans la plupart des endométrites, leur application n'est pas toujours facile, à moins de commencer par faire une forte dilatation extemporanée comme celle que je fais avant le curettage.

C'est pourquoi je suis revenu aux boulettes d'éponge préparée qui avaient été préconisées jadis par M. Huchard, mais qui n'étaient pas sans danger à cette époque où l'on ignorait les règles de l'antisepsie gynécologique.

On donne à ces boulettes d'éponge préparée la forme d'une olive de 1 à 2 cent. de hauteur et de 1/2 cent. de large ; elles sont solidement tenues par un fil de soie. Avant l'usage, on les laisse pendant 2 jours dans une solution d'éther iodoformé à 1/10[e]. Le tamponnement est alors pratiqué comme dans le procédé de M. Vulliet, mais avec cette différence que l'introduction d'une olive rigide comme celle d'éponge préparée est autrement facile que l'introduction d'une boulette de coton. On en place 2, 4, 6, suivant le volume de la cavité utérine, on met un tampon iodoformé dans le vagin et on retire le tout au bout de 2 jours.

Pendant le tamponnement, la malade doit garder la chambre par mesure de précaution, bien qu'il n'y ait pas de douleur vive, ni d'accident à craindre quand on ne bourre pas trop la cavité utérine.

L'arrêt des hémorrhagies est toujours facilement obtenu par ce moyen et même la muqueuse utérine peut revenir à l'état normal si elle n'était pas trop hypertrophiée au début du traitement.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

LES INJECTIONS VAGINALES ET LA DÉSINFECTION DU VAGIN ET DU COL.

Les injections vaginales telles qu'on les pratique habituellement, c'est-à-dire lorsqu'elles sont faites par la malade elle-même, ne produisent qu'une désinfection très incomplète du vagin et surtout du canal cervical qui, l'un et l'autre, pullulent de microbes, même à l'état normal.

Ce n'est pas à dire pour cela qu'elles soient inutiles, comme on l'a prétendu, et comme on serait tenté de le croire si on ne voyait que l'infection comme facteur étiologique des affections utérines.

Il est incontestable, en effet, pour qui sait observer, que des injections vaginales à 45°, faites avec de l'eau pure — et qui n'agit par conséquent que par sa thermalité — arrêtent souvent les métrorrhagies de cause diverse, activent, de la façon la plus heureuse, la résorption des exsudats pelviens saillants dans le vagin ainsi que des adhérences péri-utérines, font diminuer sensiblement le volume des myomes facilement accessibles par le toucher vaginal et enfin que ces injections chaudes sont très

utiles dans toutes les subinvolutions-post partum ou post-abortum, surtout quand l'affection n'est pas trop ancienne.

L'observation journalière démontre également que, dans les endométrites de forme purulente, des injections légèrement antiseptiques, au borate de soude, au coaltar saponiné par exemple, au sulfate de cuivre, etc., diminuent dans bien des cas, et cela en peu de jours, l'abondance des sécrétions utérines et en modifient la nature ; les pertes qui étaient franchement purulentes deviennent muco-purulentes et enfin muqueuses au bout d'un temps souvent très court.

Il y a lieu de tenir compte de l'effet sédatif des injections émollientes dans les cas où la lésion utérine est peu septique et où les phénomènes névralgiques sont prédominants.

On ne devra pas oublier non plus que, si les injections chaudes n'ont pas d'action antiseptique directe, elles peuvent cependant rendre de grands services contre l'extension de la septicémie locale, si, comme l'enseigne depuis longtemps mon savant maître, M. le Dr Chéron, la congestion utéro-ovarienne représente le premier stade de toute affection génitale et constitue la préparation du terrain au pullulement des micro-organismes pathogènes (1).

Les remarques qui précèdent n'ont pas pour but de restreindre l'utilité de la désinfection du vagin ; elles démontrent seulement que les injections vaginales classiques représentent un mode de traitement sérieux, qu'on aurait tort de négliger dans la pratique courante.

(1) Dans une thèse récente (Etude anatomo-pathologique et clinique sur les salpingo-ovarites. — Paris 1890), M. Mordret émet des idées analogues sur l'influence de l'état congestif sur l'infection de l'utérus et des trompes : « Nous ne serions même pas éloigné d'admettre, dit-il, que dans bien des cas l'état congestif de la muqueuse utérine à la suite de l'état puerpéral soit le milieu de culture que le gonocoque, jusque-là latent, attendait peut-être depuis longtemps pour pulluler. Ce que nous venons de dire de l'importance de l'état puerpéral pour le développement de la muqueuse utérine comme terrain de culture, peut s'appliquer jusqu'à un certain point aux congestions de toutes sortes de l'utérus. » (*Loc. cit.*, p. 13.)

J. B.

Ce n'est pas à dire pour cela que nous n'ayons pas à chercher à faire mieux qu'on ne faisait jadis et qu'une désinfection plus complète des premières voies génitales ne soit désirable, quand cela est possible, en dehors même de toute intervention chirurgicale.

Il y a surtout une indication capitale de la désinfection complète, je veux parler de l'antisepsie avant une opération quelconque portant sur le vagin ou sur l'utérus.

Dans ce cas, les expériences de Steffelk deviennent d'un grand intérêt.

Cet auteur, avant et après chaque injection, faite avec un litre de solution de sublimé à 1/1000, plaçait le spéculum et recueillait quelques gouttes de mucosités au niveau de l'orifice externe du col utérin ; puis il constatait, par la culture, si ces mucosités contenaient on ne contenaient pas de microbes.

« J'ai commencé, dit-il, par des injections du vagin comme on les pratique si souvent, avec un litre de liquide. Trois expériences. Résultat : après la désinfection (c'est-à-dire l'injection), *il existait autant de microbes qu'auparavant*.

2° Lavage du vagin avec l'aide d'un doigt. Quatre expériences. Résultat : moins de colonies microbiennes qu'avant la désinfection ; toutefois, elles sont encore abondantes.

3° Lavage du vagin avec l'aide de deux doigts. Cinq expériences. Résultat : dans trois expériences, les colonies de microbes se développèrent à la suite ; dans deux, la culture resta stérile.

4° Lavage du vagin et de la partie inférieure du col utérin. Un doigt fut introduit dans le col, aussi loin que possible, pendant que l'autre doigt nettoyait la paroi vaginale antérieure ; puis la position du doigt fut modifiée : l'antérieur, précédemment libre, était introduit dans le col, et le postérieur allait à son tour frotter la paroi vaginale inférieure. Le courant du liquide était dirigé directement vers l'orifice extérieur de l'utérus. Trois expériences. Résultat : tous les tubes restent stériles après la désinfection vaginale, même quand auparavant cinquante ou cent colonies étaient développées. »

Ainsi qu'on le voit, pour que la désinfection soit obtenue à peu

près sûrement, il faut déplisser complètement le vagin et en nettoyer avec soin tous les replis. Quant à la manœuvre décrite pour le nettoyage du canal cervical, elle n'est applicable que dans les cas où ce canal est largement béant, ce qui n'existe pas toujours. Dans ces dernières conditions, le plus commode est de mettre à nu le col, au moyen du spéculum, d'irriguer le museau de tanche un instant, puis d'enlever les mucosités du canal avec de l'ouate enroulée autour d'une sonde de Playfair. Mais cela ne suffit pas toujours et les mucosités sont souvent trop adhérentes pour que cette manœuvre permette de les détacher complètement.

Il est très utile, alors, en suivant la pratique de M. le Dr Chéron, de pousser une injection d'acide picrique en solution saturée, dans le canal cervical, jusqu'à ce que le liquide ressorte absolument net. De tous les topiques que j'ai essayés, la solution picriquée est celle qui réussit le mieux.

Une fois le canal cervical absterge, on se trouve très bien de porter sur toute la surface de la cavité du col un peu de teinture d'iode, une solution faible de nitrate d'argent, une solution concentrée de résorcine, etc., etc.

Enfin, si on doit faire une opération le lendemain, on placera, dans le vagin, un tampon de gaze iodoformée pour maintenir l'asepsie obtenue par les manœuvres précédemment décrites.

Au moment même d'opérer, on retire le tampon et on renouvelle l'injection vaginale et le nettoyage du canal cervical.

Telle est la méthode qu'il faut suivre avant les opérations, et, dans ce cas, il est nécessaire de ne négliger aucun des détails dont nous venons de parler.

Même en dehors des opérations, quand l'affection est nettement septique, toutes les fois que le médecin voit la malade, il sera très bon qu'il procède lui-même à cette désinfection du vagin et du col. Rien n'est plus facile lorsque l'on soigne la patiente chez elle, mais pour agir de la même façon dans le cabinet du gynécologiste, on se heurte à des difficultés pratiques sur lesquelles nous ne pouvons insister ici ; ces difficultés ne sont pas cependant

insurmontables et nous aurons sans doute l'occasion de revenir plus tard sur ce sujet.

Il n'en reste pas moins établi que les injections classiques, faites par la malade elle-même, ne doivent pas être abandonnées, car, dans bien des cas, elles sont un adjuvant précieux du traitement plus ou moins complexe auquel la malade est soumise.

Jules BATUAUD.

CELLULITE PELVIENNE OU PELVI-CELLULITE

Paramétrite — Phlegmon ou Adéno-phlegmon pelvien,

Par M. le Dr JULES CHÉRON, médecin de Saint-Lazare.

(*Suite.*)

—

Traitement de l'adéno-phlegmon pelvien pendant la période d'induration.

Il arrive trop fréquemment que le médecin n'est pas consulté dès le début de l'adéno-phlegmon pelvien ; à l'œdème inflammatoire succède alors la prolifération du tissu embryonnaire et la transformation progressive de ce tissu embryonnaire en tissu conjonctif. Obtenir la résolution complète devient, à partir de ce moment, une affaire difficile, qui demande, de la part du médecin, des efforts persévérants et variés et qui exige une grande patience de la part des malades. Tous les gynécologistes sont d'accord pour repousser toute intervention chirurgicale, à la période dont nous parlons ; nous n'avons donc, à notre disposition, qu'un certain nombre de moyens médicaux, les uns locaux et les autres généraux, dont les indications sont variables et dont la valeur inégale doit être discutée avec le plus grand soin.

La médication interne doit viser un double but : favoriser la résolution de l'empâtement et soutenir les forces des malades ; c'est donc aux résolutifs d'une part et aux toniques d'autre part que l'on devra s'adresser.

Parmi les médicaments RÉSOLUTIFS, je citerai : les préparations

iodées, les préparations mercurielles, les phosphates et la digitale.

Les iodiques jouissent, depuis longtemps, de la réputation d'être des résolutifs puissants, et, parmi eux, c'est surtout à l'iodure de potassium que l'on a recours dans le cas qui nous occupe. Alors même qu'il est bien supporté par les malades, l'*iodure de potassium* est un médicament infidèle. « Il ne faut pas toujours y avoir confiance, dit Emmet (1). J'ai vu, sous son influence, l'état de la malade s'améliorer rapidement, et, d'autre part, j'ai vu son emploi n'être suivi d'aucun bon résultat. » Pour ma part, je n'en ai que bien rarement retiré de grands avantages dans la cellulite pelvienne, aussi je ne l'emploie qu'après avoir essayé les autres réductifs et lorsque ceux-ci n'ont pas produit d'amélioration notable.

Le même reproche peut être appliqué au *calomel*, qui est la préparation mercurielle la plus employée comme résolutif. Malheureusement nous ne savons pas pourquoi ce médicament est efficace dans certains cas et pourquoi il échoue tout à fait dans les autres. Il est rare, au contraire, que le *bichlorure de mercure* soit complètement sans action, et, chose curieuse ! c'est lorsqu'il est administré à une dose très faible qu'il se montre le plus actif. Je conseille de ne pas dépasser la dose de un centigramme par jour à doses fractionnées ; il est alors très bien toléré et peut être continué, sans interruption, pendant plusieurs mois, si cela est nécessaire.

Enfin, il y a un médicament dont l'emploi mériterait d'être plus fréquent et dont il me reste à dire quelques mots : le *phosphate de soude*.

L'association du phosphate de soude, de la teinture de noyer et de la noix vomique représente une excellente préparation où la teinture de noyer joue le rôle de tonique antilymphatique, de concert avec la noix vomique, alors que le phosphate de soude est un reconstituant du système nerveux dont l'action est bien connue. Il est incontestable que cette préparation agit sur la santé générale d'une façon rapide en même temps que la réso-

(1) Emmet, *loc. cit.*, p. 237.

lution se fait plus promptement du côté de la cellulite pelvienne.

Les TONIQUES sont tout particulièrement indiqués dans une affection aussi longue et aussi déprimante que l'est la cellulite pelvienne ; mais, là encore, ce ne sont pas ceux qui sont le plus fréquemment usités qui sont les plus utiles.

Pour ma part, je ne fais guère usage du *fer* et du vin de *quinquina* qui, la plupart du temps, sont plutôt nuisibles chez les malades dont nous parlons, à cause du mauvais état de leur système digestif. En revanche, j'accorde une très grande valeur à la *quinine*, donnée à dose névro-sthénique : dix à vingt centigrammes par jour, par exemple ; la quinine est avantageusement associée au *bromure de potassium*, dont Scanzoni a montré l'utilité dans un grand nombre d'affections pelviennes.

Mais il y a un tonique qui prime tous les autres, lorsqu'il est bien supporté par l'estomac, je veux parler de l'*huile de foie de morue*. Il n'arrive que trop souvent que l'huile de foie de morue n'est pas bien tolérée ; c'est alors que la quinine et le bromure de potassium prennent le premier rang.

Telles étaient, il y a peu de temps encore, les seules ressources de la thérapeutique interne dans la cellulite pelvienne. D'après ce que je viens de dire, les moyens généraux, que nous venons de passer en revue, méritent d'être conservés et rien n'est plus loin de ma pensée que de vouloir faire table rase de la thérapeutique traditionnelle. Il faut bien avouer cependant qu'on rencontre, je dirai même qu'on rencontre fréquemment, des malades chez lesquelles la cellulite pelvienne n'est que très peu modifiée par les résolutifs et les toniques administrés à l'intérieur, non plus que par les divers modes de traitement local que nous étudierons bientôt. C'est dans ces cas rebelles que l'on pourra se rendre compte de l'efficacité remarquable des *transfusions hypodermiques de sérum artificiel aux sels de soude,* dont nous avons déjà démontré les propriétés résolutives et toniques dans les autres variétés de phlegmasies péri-utérines. Ainsi que les observations publiées à la fin de ce travail le prouvent d'une façon évidente et ainsi qu'il est facile de le vérifier soi-même, on

voit des malades qui, portant, depuis de longs mois, un énorme plastron abdominal que rien ne pouvait faire diminuer, gardaient la chambre dans un état de santé précaire : manque d'appétit, perte des forces, impossibilité de la station debout et de la marche, névralgie lombo-abdominale continue, amaigrissement, etc. Après quelques transfusions hypodermiques, l'appétit revient, la malade mange avec plaisir, ses forces augmentent progressivement, elle peut, sans fatigue, aller et venir dans son appartement. Puis, le plastron devient moins résistant ; il se fragmente en plusieurs masses, la résorption commence. Au bout de quelques semaines, on constate déjà une diminution indiscutable ; en même temps, les culs-de-sac empâtés se dégagent.

Si l'on continue les transfusions, la résolution se fait, dès ce moment, avec une grande rapidité ; bientôt il ne reste plus de la cellulite que des vestiges dont le massage et la révulsion locale auront finalement raison. La malade se sent revenir à la vie, elle reprend son embonpoint de jadis ; avant même que le médecin la considère comme guérie complètement, elle est tonifiée à un point tel qu'elle trouve, ainsi que son entourage, qu'elle « ne s'est jamais si bien portée ».

La médication externe, dont il me reste à parler, est représentée par les révulsifs et les résolutifs qu'on applique sur la paroi abdominale, par les révulsifs cutanés (bains, frictions), enfin par le traitement local proprement dit.

J'ai déjà discuté, à propos du traitement des pelvi-péritonites, les indications des divers révulsifs : pointes de feu, vésicatoire, teinture d'iode, etc., de même que celles des résolutifs : frictions mercurielles, pommades iodurées, pommades à l'extrait de digitale. J'ai dit pourquoi je préfère les *pointes de feu* aux autres révulsifs et pourquoi je donne le premier rang à la *pommade à l'extrait de digitale et au savon mou de potasse* parmi les résolutifs. Les considérations que j'ai présentées alors s'appliquent aussi bien aux paramétrites qu'aux péri-métrites ; il n'y a nul intérêt à revenir sur cette question. Je rappellerai seulement qu'il y a utilité à associer, à la révulsion sur l'abdomen, la révul-

sion sur toute la peau à l'aide des *bains* excitants, dont les bains salés et les bains de Barèges constituent les types principaux, et les *frictions sèches* pratiquées, tous les jours, sur tout le corps, excepté sur le ventre, à l'aide du gant de crin.

Quant au traitement local proprement dit, il consiste tout d'abord en *injections chaudes, vaginales* et rectales; les injections vaginales sont peut-être encore plus utiles dans les adéno-phlegmons pelviens que dans les autres variétés de phlegmasie péri-utérine, puisque dans la cellulite la tumeur vient toujours bomber plus ou moins dans le vagin. Les *scarifications* du col utérin, les *pansements exosmotiques*, glycéro-tanniques et glycéro-alunés particulièrement; les *badigeonnages du col et des culs-de-sac avec la teinture d'iode* ne doivent pas non plus être négligés. Tous les gynécologistes compétents recommandent l'emploi de ces moyens locaux qu'il était nécessaire de rappeler, ne fût-ce que pour protester, au nom de l'observation clinique, contre l'assertion de quelques chirurgiens, d'après lesquels la gynécologie vaginale serait sans aucune utilité dans le traitement des phlegmasies péri-utérines.

c) *Traitement de l'adéno-phlegmon pelvien terminé par suppuration.*

Les avis sont assez partagés sur la conduite à tenir lorsque l'adéno-phlegmon pelvien se termine par suppuration.

« L'abcès est-il établi, dit Schroeder (1), il ne faut pas trop se préoccuper de trouver où est le pus, attendu que, la plupart du temps, l'abcès s'ouvre à l'extérieur et à un endroit favorable et non dans la cavité abdominale. On n'ouvrira donc la collection purulente que lorsqu'elle est facile à atteindre et que cela peut se faire sans grand danger. »

Martin (de Berlin) (2) ne discute même pas la question de l'ouverture artificielle des abcès paramétriques, et en cela il est logique avec lui-même, puisqu'il déclare que la guérison survient

(1) Schrœder. Maladies des organes génitaux de la femme, trad. franç. Bruxelles 1886, p. 478.
(2) Martin, *loc. cit.*

presque toujours après l'ouverture spontanée dans le rectum où dans le vagin.

Telle n'est pas cependant l'opinion généralement acceptée depuis quelques années. Déjà Bernutz (1) et Courty (2), bien que partisans de l'expectation dans les périmétrites purulentes, en raison de la tendance de cette variété d'abcès pelvien à s'enkyster, étaient, au contraire, d'avis d'ouvrir le plus tôt possible les abcès paramétriques qui ont une tendance beaucoup plus marquée à fuser au loin et à produire ainsi de graves désordres. Emmet (3) et la plupart des auteurs qui ont écrit sur cette question dans ces dernières années, admettent également, comme une règle absolue, qu'il faut ouvrir largement toute collection purulente pelvienne dès qu'on a pu la découvrir.

L'accord cesse de régner, parmi les partisans de l'intervention, quand il s'agit de décider comment devra se faire l'ouverture de l'abcès. L'incision vaginale, la laparotomie sous-péritonéale et la laparotomie transpéritonéale se partagent les faveurs des divers opérateurs. Discuter cette question nous entraînerait à présenter les mêmes arguments que nous avons déjà fait valoir dans la discussion du traitement des périmétrites purulentes. Nous nous bornerons donc à conclure en disant :

Les phlegmons du ligament large faisant toujours saillie dans le vagin, c'est par la voie vaginale qu'il convient de les attaquer de préférence. En effet, en agissant ainsi, on obéit aux règles générales de traitement des abcès, puisqu'on fait l'ouverture au point le plus déclive en même temps qu'au point le plus proéminent et puisqu'on assure une évacuation complète de la collection purulente. On fera donc une ponction vaginale pour assurer le diagnostic, et, prenant le trocart explorateur comme guide, on incisera la paroi vaginale, dans une étendue suffisante pour qu'on puisse placer un double tube à drainage. Ce dernier sera maintenu en place au moyen de gaze iodoformée et servira à faire, dans la cavité de l'abcès, des injections antiseptiques. On se sert habi-

(1) Bernutz, *loc. cit.*
(2) Courty, *loc. cit.*
(3) Emmet, *loc. cit.*, p. 241.

tuellement, comme liquide antiseptique, d'une solution faible d'acide phénique. Les premières injections seront faites avec prudence et en poussant très doucement le liquide, de façon à éviter de rompre les parois de l'abcès ; au bout de quelques jours il se forme des adhérences qui permettent de faire, sans danger, des injections plus abondantes. On peut enfin, lorsque les injections phéniquées se montrent inefficaces, recourir à une solution iodée suffisamment étendue, ainsi que le recommande Emmet (1), et on verra la suppuration se tarir plus rapidement.

Il est bon d'ajouter que les transfusions hypodermiques de sérum artificiel aux sels de soude favorisent la guérison de ces abcès ; nous avons vu, grâce à leur emploi, des fistules anciennes se fermer en un temps relativement court, ainsi que nous en publions plus loin des exemples.

Ce n'est pas à dire pour cela que nous repoussions absolument du traitement des abcès paramétriques l'ouverture par l'abdomen ; nous croyons que, dans quelques cas très graves, le drainage abdomino-vaginal est la méthode la plus rationnelle, mais nous réservons ce mode de traitement aux abcès qui se développent avec rapidité et qui menacent de s'ouvrir à la fois du côté de vagin et du côté de l'abdomen. Si l'on peut intervenir en temps opportun, l'incision vaginale suffira dans la grande majorité des cas. Quant au manuel opératoire à suivre pour faire l'incision abdominale, il n'offre rien de spécial au traitement des paramétrites et nous n'avons pas à le décrire ici.

Traitement des adhérences cicatricielles paramétriques.

Je dirai quelques mots, en terminant, sur le traitement des adhérences cicatricielles qui persistent après la guérison des paramétrites, car ce sujet n'est pas suffisamment connu et mérite pourtant d'attirer toute l'attention des gynécologistes. Assez souvent, en effet, les médecins spéciaux sont consultés pour des tiraillements dans le bassin, des sensations de pesanteur, des difficultés de la marche et de la station debout, etc., qui ne reconnaissent pas d'autre cause que ces adhérences paramétriques.

(1) *Loc. cit,* p. 242.

Les indications à remplir, en pareil cas, sont assez complexes. Nous devons tout d'abord nous efforcer de tonifier l'organisme, et, pour cela, l'hydrothérapie, les bains stimulants, les frictions sèches nous rendront de grands services.

Il faut ensuite éteindre toute sensibilité locale au moyen des injections émollientes, des bains de siège, des sédatifs et des révulsifs appliqués sur la région lombo-sacrée, au moyen des pansements, des scarifications du col.

A partir du moment où la région est devenue suffisamment tolérante, on commence par allonger les adhérences, en maintenant chaque jour la malade pendant un temps plus ou moins long, suivant la tolérance, dans une position appropriée : position génu-pectorale dans les adhérences postérieures, position latérale droite ou gauche dans les adhérences latérales. Le seul poids de la matrice, et l'action de la pression intra-abdominale produisent déjà un certain degré d'allongement des adhérences, d'où résulte une mobilité plus grande de l'utérus.

En même temps, le médecin s'appliquera à mobiliser lui-même les organes pelviens, au moyen de un ou deux doigts introduits profondément dans le vagin et pressant le col et la portion inférieure du corps dans différentes directions ; il insistera surtout sur les mouvements qui sont limités par les brides cicatricielles et il arrivera ainsi, au bout de dix à vingt séances, à pouvoir amener facilement tous les organes pelviens, en haut et en avant derrière la symphyse pubienne. Dès lors, le massage proprement dit pourra être entrepris d'une façon efficace, car l'examen bimanuel permettra de reconnaître sans difficulté les divers organes pelviens ; utérus, trompes, ovaires, nettement séparés les uns des autres, et, par suite, on pourra limiter les manœuvres de massage à tel ou tel organe suivant les indications.

Pour ma part, voici comment je fais le massage de l'utérus :

Deux doigts de la main droite sont introduits dans le vagin et placés dans le cul-de-sac postérieur, aussi profondément que possible, de façon à porter en haut et en avant le corps de l'utérus. Il faut, pour cela, soulever non seulement la portion vaginale du col, mais agir aussi sur la portion susvaginale en

déprimant, autant que faire se peut, le cul-de-sac de Douglas.

La main gauche, placée sur l'abdomen, au-dessus du pubis, reconnaît facilement le fond de la matrice. C'est alors que je procède aux frictions et aux pressions de l'utérus par l'intermédiaire de la paroi abdominale, le massage étant fait uniquement avec la main gauche pendant que les doigts de la main droite restent immobiles, sans autre mission que de maintenir en haut et en avant l'organe qui doit être massé.

C'est, à peu de chose près, le moment opératoire conseillé par M. Norstroem, qui a fait une étude spéciale du massage utérin.

Je diffère cependant de la pratique habituelle des masseurs spéciaux, en ce que je ne fais jamais plus de 2 à 3 séances de massage par semaine. Dans les cas où j'ai voulu essayer le massage quotidien, j'ai dû y renoncer rapidement à cause des douleurs et des fatigues éprouvées par les malades.

Après chaque séance, j'applique un pansement glycéro-boriqué ou glycéro-tannique sur le col, de façon à empêcher toute réaction inflammatoire de se produire. Le pansement peut du reste agir mécaniquement, dans le même sens que le massage et à la manière d'un pessaire, pour soutenir momentanément l'utérus et le maintenir en bonne position.

Ce qui a nui surtout à la vulgarisation du massage utérin, c'est la prétention de ceux qui l'ont pratiqué les premiers, de guérir toutes les affections pelviennes, en s'en tenant à ce seul moyen thérapeutique. N'a-t-on pas été jusqu'à dire que le massage faisait disparaître les fongosités utérines? Ce sont là des erreurs d'observation qu'il n'y a même pas à discuter. Ce que je tiens à répéter, c'est que, dans les vieilles adhérences cicatricielles paramétriques, le massage pratiqué à son heure, avec la prudence nécessaire, peut rendre de très grands services et que, dans ce cas, aucun autre moyen ne peut lui être comparé.

DE LA CHLOROFORMISATION

dans le cours de l'accouchement normal,

Par le Dr Porak, accoucheur des hôpitaux (1).

Calmer les douleurs de l'accouchement constitue bien certainement un résultat légitime. L'important est de savoir si on peut l'obtenir et si on peut l'obtenir sans danger.

Ce qui justifie surtout cette investigation, c'est qu'il n'y a pas un rapport certain et toujours proportionnel entre la douleur qui paraît inutile et la contraction utérine qui est efficace.

Tous les accoucheurs connaissent ces cas de contractions peu douloureuses, même indolentes, se produisant plusieurs jours avant un accouchement rapide, tellement rapide quelquefois que les femmes accouchent debout, ne se doutant pas qu'elles vont accoucher et croyant ressentir une colique intestinale. Une seule contraction douloureuse peut suffire pour expulser le produit de conception. Enfin des parturientes au moment du travail ne souffrent pour ainsi dire pas, elles n'éprouvent au moment de la contraction utérine qu'une sensation de pression. Ces cas sont rares, je le sais, mais ils existent.

Contrairement à ces accouchements si peu douloureux, certaines parturientes accusent des souffrances d'une violence extrême. Souvent ces douleurs accompagnent des contractions insuffisantes et caractérisent l'accouchement qui n'avance pas, qui est irrégulier. Elles déterminent des phénomènes nerveux généraux d'apparence sérieuse et une agitation excessive.

Ces deux termes : douleur, contraction utérine ne sont pas nécessairement parallèles dans la marche du travail.

Il est donc rationnel de chercher à les dissocier, à supprimer celui qui est inutile pour ne favoriser que le facteur nécessaire de tout accouchement. Le problème n'est pas *a priori* insoluble.

J'ai employé la morphine, le chlorhydrate de cocaïne, les mé-

(1) Société obstétricale, janv. 1890.

dicaments à base de Cestrum Parqui et de Statice Brasiliensis, l'hypnotisme dans le but de calmer les douleurs de l'accouchement. Le chloroforme est l'agent dont le mode d'action m'a paru présenter le moins d'incertitude.

Dans des accouchements prolongés il m'est arrivé de recourir successivement et alternativement à l'emploi de plusieurs de ces substances. Il n'est pas douteux que c'est au chloroforme que les parturientes donnent la préférence, c'est lui qu'elles réclament. Ne sont-elles pas les meilleurs juges ? Ne doit-on pas en conclure que l'action du chloroforme est supérieure ?

Les médicaments à base de Cestrum Parqui et de Statice Brasiliensis amènent dans un certain nombre de cas une sédation manifeste des phénomènes nerveux généraux sans modifier la valeur, ni le retour des contractions utérines. Mais l'atténuation de la douleur elle-même m'a paru inconstante ou d'une appréciation difficile.

L'action du chlorhydrate de cocaïne, nulle dans un cas où j'en ai employé 4 grammes de solution 1/20 dans la glycérine, s'est ordinairement montrée d'une efficacité réelle. Mais son action est passagère et il faut renouveler fréquemment l'introduction des tampons imbibés dans le mélange indiqué plus haut. Dans les cas où son action était le plus manifeste, il m'a semblé que les contractions utérines étaient modifiées soit dans leur intensité, soit dans leur retour.

Enfin, puisqu'il a été question d'hypnotisme, il me sera permis de relater le seul fait où j'ai pu apprécier son emploi. Il s'agissait d'une hystérique avérée qu'on endormait facilement. Elle fut soumise pendant une quinzaine de jours avant son accouchement aux passes magnétiques, et comme entraînée. Elle était suggestionnable pendant le sommeil. Son accouchement eut lieu pendant la nuit et deux de mes élèves, M. Lavie, interne, M. Gauvry, externe, relatèrent l'observation de son accouchement qu'ils ont publiée. Elle a été rapportée dans la thèse de M. Léonard et dans le travail de M. Auvard. On ne peut endormir la malade que pendant la période de la dilatation du col. Dans une intention expérimentale, on l'endormit et on la

réveilla successivement. Le travail marcha régulièrement, mais lorsque la période d'expulsion fut déclarée, il fut impossible d'obtenir le sommeil. Les douleurs n'ont pas paru atténuées, mais pendant la veille, elle n'en avait pas conservé de souvenir. Dans le sommeil, elle devait s'en rappeler, car elle avait gardé alors le souvenir d'actes qu'on lui avait suggérés. Au moment de la délivrance on l'endormit de nouveau et alors elle n'avait plus conscience de son accouchement. Dès qu'elle fut réveillée, c'est sa délivrance qu'elle ne savait pas terminée, tandis qu'elle savait bien qu'elle était accouchée. Il y eut donc dédoublement de la personnalité sans atténuation des douleurs. C'est d'ailleurs un fait qui est bien connu dans l'histoire de l'hypnotisme. Cette observation ne nous fournit par conséquent aucun fait utilisable au point de vue de l'anesthésie obstétricale.

C'est à propos du chloroforme que je désire indiquer le résultat de mes observations personnelles. Son influence varie suivant la pureté de la substance employée, suivant le mode d'administration, suivant la réactivité du sujet.

A. — L'action différente obtenue suivant la pureté du chloroforme est maintenant un fait pour ainsi dire banal, sur lequel je ne veux pas m'étendre. A l'hôpital où on nous fournit quelquefois du chloroforme impur, il arrive souvent d'observer des effets anormaux et une anesthésie irrégulière. Il existe dans le commerce des marques de chloroforme excellent et on peut alors constater des effets bien plus rapides, obtenus avec des doses moindres, et en particulier des phénomènes d'excitation réduits à leur minimum.

B. — Le mode d'administration du chloroforme possède aussi une importance capitale.

La chloroformisation, telle que je l'emploie, n'est pas une demie, ni un tiers d'anesthésie, ce n'est pas une chloroformisation homœopathique. C'est une chloroformisation véritable, réelle, effective, quoique très spéciale dans ses effets. Il m'est arrivé rarement, il est vrai, de dépasser la dose de 60 grammes dans le cours d'un accouchement, mais j'ai employé 100,120 et même 150 grammes de chloroforme. Je me sers habituellement d'un mou-

choir plié dans le dernier pli duquel j'insinue et j'épingle un carré d'une substance imperméable. La perte du chloroforme inutilisé est donc faible et la parturiente en respire une grande partie.

Je ne me décide à administrer le chloroforme que lorsque les parturientes le sollicitent avec instance et que l'intensité des douleurs en justifie l'emploi. Je ne cède ordinairement à leur désir qu'à la fin de la période de dilatation. Mais si les contractions utérines de la période d'expulsion sont moins énervantes, elles sont cependant plus violentes et plus précipitées, on est donc en droit de continuer l'usage du chloroforme. D'ailleurs, dès qu'on a commencé la chloroformisation, il est difficile d'en suspendre l'emploi, tant les parturientes le réclament avec persistance. Bien loin donc d'interrompre la chloroformisation pendant la période d'expulsion, j'augmente au contraire progressivement les doses du médicament administré.

Cette pratique a quelquefois l'inconvénient d'obscurcir la conscience de la parturiente et de rendre sa volonté moins efficace et même nulle. On ne doit donc pas trop compter, dans ces cas, sur son obéissance, ni sur son aide ; je n'attache pas une grande importance à cet inconvénient.

D'ordinaire je ne donne pas du chloroforme plus longtemps que pendant trois ou quatre heures.

Dans des cas de travail particulièrement douloureux, compliqués de phénomènes nerveux désordonnés, il m'est cependant arrivé d'en prolonger l'usage pendant six, huit, dix et même douze heures. Alors je ne le donne pas d'une façon continue.

Je l'interromps au bout d'une demi-heure, d'une heure, dès que le calme est obtenu, pour le reprendre après un temps variable lorsque son action s'épuise et que les phénomènes douloureux ou nerveux reparaissent.

Je préfère administrer le chloroforme par petites doses intermittentes au début de chaque douleur et dans l'intervalle des douleurs tant qu'il reste encore du médicament sur le mouchoir.

Plusieurs raisons m'engagent à procéder de cette façon.

1° C'est au moment de la douleur que la femme en travail demande à être soulagée ;

2° C'est à ce moment que l'action du chloroforme semble épuisée ;

3° La quantité de chloroforme administrée est ainsi proportionnelle à la rapidité du retour des douleurs. Les contractions fréquentes entraînent une chloroformisation plus abondante que les contractions espacées. Dans le cas ou cette intervention écarterait les contractions utérines, cette action défavorable se trouverait enrayée par des prises moindres du médicament.

La quantité du chloroforme ainsi donné doit d'ailleurs varier suivant l'intensité des douleurs, suivant leur fréquence et suivant le résultat obtenu.

C.— La réactivité des sujets est très variable. L'une des conditions indispensables à la réussite de la chloroformisation réside dans leur entier consentement. Dans toutes les observations où on a donné, pour ainsi dire, de force le chloroforme aux parturientes, les résultats de l'expérimentation, viciée dans ses conditions les plus indispensables, sont nuls.

Les résultats de la chloroformisation sont très différents. On peut obtenir à peu près sûrement la somnolence dans l'intervalle des contractions et le calme des troubles généraux. Son action analgésique est des plus variables. Complète chez quelques personnes, elle ne peut être obtenue chez d'autres qu'avec la narcose absolue. On peut donc dire que la chloroformisation à petites doses intermittentes est un sédatif merveilleux, mais un analgésique inconstant.

Les quantités de chloroforme nécessaires pour obtenir un résultat analogue sont très variables suivant les sujets ; très faibles chez les uns, elles doivent être assez fortes chez d'autres. On voit des personnes qui naturellement sont soumises à un sommeil invincible dans l'intervalle des douleurs. On conçoit que chez elle l'œuvre de la chloroformisation soit singulièrement facilitée, on pourrait dire inutile.

Deux points importants doivent enfin clore cette communication.

La chloroformisation offre-t-elle des dangers ? Est-elle utile ?

A. — Je suis convaincu, pour ma part, que la chloroformisation à petites doses intermittentes, administrées avec une attention continuellement en éveil, n'est jamais suivie d'accidents. Du moins je n'en ai pas encore observé un seul. Si on pouvait me fournir un cas authentique de mort survenue dans les conditions où je viens de me placer, et suivant les règles qui ont encore été indiquées par MM. Guéniot, Charpentier et Bailly, oh ! alors, je me rangerais résolument à l'avis de mes maîtres, qui proscrivent si énergiquement cette conduite.

Les rares cas d'accidents signalés dans la thèse de M. Dutertre ne sont pas de nature à modifier cette opinion. Ils ont été publiés pour les besoins de la cause par des accoucheurs d'avance hostiles à la chloroformisation dans le cours de l'accouchement, ils sont survenus à la suite d'une chloroformisation chirurgicale, ou à la suite d'une administration mal décrite et qui échappe à la critique. J'admets, en effet, que la chloroformisation chirurgicale chez des personnes en travail peut présenter des dangers sérieux. J'ai même présent à la mémoire un cas où des accidents sont survenus. Et encore dans ce cas ils peuvent être imputés à la négligence des personnes qui administraient le chloroforme. Le rôle de la chloroformisation, il s'agissait d'une éclamptique, n'est pas démontré.

D'ailleurs, je crois que pendant le travail les parturientes jouissent d'une immunité réelle, pas absolue, c'est entendu, contre les accidents de la chloroformisation chirurgicale, à plus forte raison de la chloroformisation intermittente à petites doses.

Cette immunité des femmes enceintes n'est-elle pas établie par ce qui regarde l'intoxication alcoolique et l'intoxication opiacée. Je puis, pour ma part, rapporter un fait de ce genre, qui offre quelque intérêt.

En 1881, je reçus, à l'hôpital Saint-Louis, une femme enceinte de sept mois, en état de travail prématuré, le col déjà presque complètement effacé, la poche des eaux d'ailleurs intacte. Je lui fis prendre devant moi 20 gouttes de laudanum de Sydenham et je prescrivis de lui en administrer 10 gouttes toutes les heure

suivantes. On devait suspendre l'administration du médicament aux premières manifestations d'intolérance opiacée. L'interne de mon service eut une occupation pressante qui lui fit oublier notre malade, il ne revint la voir que le lendemain. Au moment de la visite, la parturiente avait absorbé 260 gouttes de laudanum, soit près de 8 grammes, ce qui correspond à un gramme d'opium, à cinquante centigrammes d'extrait d'opium, à vingt centigrammes de morphine. Notre malade en fut quitte pour une céphalalgie intense qui persista pendant deux jours, une transpiration profuse, de la constipation opiniâtre et la contraction ponctiforme de la pupille. Les menaces de travail furent conjurées, elle revint accoucher deux mois après, à terme, dans le service, d'un enfant bien portant, dont la santé ne semble pas avoir été modifiée par le début d'intoxication présentée par la mère.

Je ne dis pas qu'il en est certainement de même pour le chloroforme. Je le crois cependant. Soutenir que cette tolérance existe, n'est pas théoriquement inadmissible. Elle expliquerait l'innocuité de la chloroformisation obstétricale.

Mais si la chloroformisation ne semble pas faire courir de dangers sérieux à la mère, en est-il de même pour l'enfant ? J'ai fait personnellement quelques recherches sur ce point, en étudiant les lois du passage du chloroforme à travers le placenta (De l'absorption des médicaments par le placenta. *Journal de thérapeutique* de Gubler, 1877-1878, et mémoire in-8°. Masson, édit.)

Même lorsque la mère absorbe de grandes quantités de chloroforme, il en passe très peu à travers le placenta. Le fœtus ne pouvant pas éliminer cet agent par la voie pulmonaire, le rejette forcément par les urines. Le chloroforme s'accumule dans le cerveau, il n'en existe que des doses infimes dans le sang. Elles n'y sont pas reconnaissables chimiquement.

J'en ai constaté la présence dans l'urine des nouveau-nés, en moins grande quantité dans la première urine rendue qu'à la seconde émission. On en trouve des traces dans l'urine même lorsque l'accouchement est survenu peu de temps après la chloroformisation. On peut donc en conclure qu'il passe rapidement à travers le placenta. L'existence de ces très faibles doses de chlo-

roforme dans l'organisme fœtal n'a pas d'influence sérieuse sur la santé ultérieure des nouveau-nés. Il n'est pas certain que le retard des nouveau-nés à crier dès leur naissance soit lié à une sorte de sommeil chloroformique. Ils ne présentent pas plus souvent que les autres enfants de l'ictère. L'accroissement du nouveau-né dans la première semaine, reconnaissable à l'augmentation de son poids, ne m'a paru influencé en aucune façon par la chloroformisation de la mère.

Ainsi donc l'état de santé des nouveau-nés ne fournit aucune contre-indication à la chloroformisation obstétricale.

La chloroformisation poursuivie pendant longtemps et à dose trop élevée m'a paru quelquefois déterminer une diminution de l'énergie, une augmentation de l'écart des contractions utérines. Encore est-ce d'une appréciation assez difficile et faut-il tenir compte d'une cause d'erreur. L'expression de la douleur est notablement raccourcie ; il en résulte que la période d'intervalle des douleurs est augmentée. On en conclut autour de la parturiente que les contractions sont plus rares et cette diminution de fréquence ne se trouve pas justifiée lorsqu'on marque le retour des contractions la montre à la main.

C'est, en effet, la montre à la main qu'on doit suivre les effets de la chloroformisation. Il va de soi qu'il faut diminuer ou la suspendre si on constate l'écart des contractions utérines ou la diminution de leur intensité.

Si on néglige cette observation, il se peut qu'une application de forceps devienne nécessaire. Quelques accoucheurs, ont, en effet, accusé la chloroformisation de rendre plus fréquentes les interventions obstétricales. Mais il y a encore une erreur dans cette assertion. Il arrive, en effet, qu'à la fin de la période d'expulsion, les parturientes sont si tranquilles que l'application de forceps, alors que la tête appuie sur le périnée et le fait bomber, devient très facile et s'accomplit sans que les parturientes en aient conscience, sans qu'on soit obligé de les déplacer. Mais ces applications de forceps ne sont pas nécessaires et on ne doit pas en charger la statistique. Ce n'est pas le chloroforme qui est le coupable, mais l'accoucheur qui manque de patience !

Pour ma part, je n'y recours pas et j'obtiens à ce moment le dégagement de la tête par la méthode de *Ritgen*. Il m'est arrivé à plusieurs reprises de terminer ainsi sans instrument des accouchements pour lesquels des médecins m'appelaient en consultation, qui croyaient qu'on n'aurait pu obtenir ce résultat qu'à l'aide de forceps.

J'arrive maintenant au dernier reproche fait à la chloroformisation obstétricale par lequel on l'accuse de produire des métrorrhagies de la délivrance. Des hémorrhagies sérieuses, je ne les ai personnellement pas observées. Dans quelques cas cependant il me semble, en effet, que l'écoulement de sang était un peu plus abondant que d'habitude. Aussi je crois qu'il est prudent de ne pas employer le chloroforme chez les femmes qui sont sujettes à perdre du sang après leur accouchement. J'ai de plus l'habitude de pratiquer immédiatement après la délivrance une injection hypodermique d'ergotine pour éviter ou modérer l'hémorrhagie possible.

B. — Quelle est enfin l'influence de l'anesthésie obstétricale ?

La chloroformisation obstétricale présente deux particularités qui la distinguent de la chloroformisation chirurgicale. La période d'excitation est modifiée notablement dans ses manifestations. Elle est souvent nulle, ainsi que l'a indiqué M. Bailly. Les malaises consécutifs au réveil n'existent pas.

La période d'excitation ne se produit habituellement pas ou est très atténuée. Certaines personnes qui ont des préventions contre le chloroforme et qui ne l'acceptent pas volontiers, repoussent la compresse, se plaignent de souffrir autant et même plus qu'auparavant, elles s'agitent.

Chez d'autres, le début de l'anesthésie produit un sentiment très désagréable de défaillance « Je me meurs, disent-elles, je vais mourir, ne me donnez plus de chloroforme, vous allez me tuer. »

Dans ce cas, il faut donner dès le début des doses massives et d'une façon continue jusqu'à ce que cette variété de la période d'excitation soit dépassée et que le sommeil soit obtenu.

Dans d'autres circonstances la période d'excitation se manifeste par plus de loquacité.

J'ai assisté une anglaise qui chantait à gorge déployée, au début de l'anesthésie, pendant l'intervalle des douleurs, le *God save the Queen*. Elle n'interrompait sa chanson qu'au moment de la douleur pour réclamer du chloroforme. On peut ranger ce moment transitoire d'agitation dans une des manifestations atténuées de la période d'excitation.

C'est tout ce que j'ai observé. Mais jamais je n'ai vu ces mouvements désordonnés, cette loquacité excessive et indiscrète, cette agitation observée presque constamment dans la première période de la chloroformisation chirurgicale. Ces phénomènes d'excitation cependant si atténués n'existent habituellement pas et ordinairement le sommeil est obtenu graduellement.

Je n'ai pas observé non plus, après la chloroformisation obstétricale, ces malaises, cet état nauséeux et d'inappétence, d'abattement et de dépression si souvent marqués après la chloroformisation chirurgicale.

Cependant, lorsqu'on administre après l'accouchement à l'intérieur de la poudre d'ergot de seigle, on provoque souvent des vomissements. Il faut donc recourir dans ces cas aux injections hypodermiques d'ergotine.

Presque constamment les effets de cette intervention sont d'amener une diminution des troubles nerveux généraux. Cet état de soulagement initial a été mentionné par tous les auteurs. Les parturientes, auparavant impatientes, ne trouvant nulle part une situation où elles soient commodément placées, et ne voulant pas abandonner des positions rendant l'assistance de l'accoucheur difficile, n'obéissant pas, deviennent dès les premières inhalations, tranquilles, elles ne tardent pas à sommeiller dans l'intervalle des contractions utérines. Ordinairement elles se trouvent dans un état de somnolence, dont on peut les tirer facilement. Plus rarement ce sommeil est profond, elles n'ont plus conscience de ce qui se passe autour d'elles et ce n'est qu'à grande peine qu'on peut obtenir une réponse qui souvent n'est qu'une divagation et qui ne répond pas à la demande posée ; d'autres fois les réponses sont seulement lentes, mais faites à propos.

Lorsque la contraction utérine se produit, elle est décelée par la malade, soit par l'expression de sa physionomie, soit par des plaintes qui quelquefois restent vives. La durée de ces plaintes et de l'expression de la physionomie peuvent servir à mesurer la durée de la douleur et on peut certainement en conclure que celle-ci est manifestement plus courte que dans l'état de veille et notablement plus courte que la contraction utérine. Bien souvent j'ai entendu les malades dès le début de la contraction utérine s'écrier qu'elles souffraient, mais peu de temps après, alors que l'utérus était encore contracté et dur, exprimer leur satisfaction et leur bien-être.

Réveillées, les malades se souviennent imparfaitement qu'elles ont souffert. Il m'est arrivé très souvent de constater que les nouvelles accouchées n'avaient aucune conscience de leur accouchement ; elles étaient étonnées et heureuses de voir leur enfant sans qu'elles aient eu connaissance des dernières douleurs expulsives. Je dirai même que lorsqu'il s'agit de filles-mères, de femmes qui ne voient pas avec plaisir l'accroissement de leur famille, cette perte de la conscience au moment de l'accouchement peut avoir des inconvénients dont le médecin doit mesurer l'importance qui peut dans certains cas fournir une contre-indication à l'anesthésie obstétricale.

L'influence de la chloroformisation intermittente à petites doses sur les contractions utérines est variable. Lorsque les contractions sont irrégulières, lorsque les phénomènes d'énervement et d'irritabilité nerveuse sont très prononcés, il n'est pas rare de les voir se régulariser et le travail, jusqu'alors languissant et irrégulier, marcher très rapidement.

Il semble que dans ces cas la force nerveuse s'épuisant en manifestations désordonnées et générales, se concentre sur l'appareil utérin. Dans plusieurs observations j'ai vu un travail qui se prolongeait 15, 20, 30 heures, n'ayant abouti qu'à une dilatation tout à fait insusuffisante du col, se terminer rapidement sous l'influence de la chloroformisation.

En résumé, la chloroformisation à petites doses intermittentes pendant l'accouchement est un sédatif merveilleux des trou-

bles nerveux généraux ; s'il est un analgésique inconstant, il produit le sommeil, quelquefois la suppression, au moins le raccourcissement de la douleur qui accompagne la contraction utérine, la diminution notable de la conscience et souvent la suspension absolue de la mémoire. Son action est d'ailleurs variable suivant la réactivité du sujet, suivant la nature de l'agent employé et suivant son mode d'administration. Ses inconvénients son négligeables en face de ses avantages. La constatation des phénomènes observés pendant l'anesthésie obstétricale fournit les règles de son emploi.

Je reste donc convaincu qu'on peut sans danger sérieux être utile aux parturientes qu'on assiste et que l'anesthésie obstétricale a réalisé un progrès réel et incontestable. D'accord avec M. Charpentier, je répéterai avec lui que la chloroformisation obstétricale ne constitue pas une inconnue scientifique, mais une difficulté pratique.

QUELQUES MOTS

sur les vices de conformation de l'utérus (1),

par le Professeur A. BOUCHARD.

—

Formé par la coalescence des deux canaux de Müller, l'utérus est toujours bicorne pendant les premiers temps de l'évolution embryonnaire, la cloison médiane formée par l'adossement des parois de ces canaux disparaît successivement et la cavité utérine devient unique. Si cette résorption reste incomplète, la cloison persiste dans sa totalité ou dans une partie de sa hauteur et la cavité utérine, plus ou moins divisée, rappelle l'utérus bicorne de certains animaux. La fécondation serait, dit-on, possible isolément dans chaque corne utérine, ce qui me semble difficile à admettre, le vagin étant unique et bien conformé. Il peut arriver

(1) Extrait du dernier fascicule des *Nouveaux Eléments de Pathologie externe*, par le professeur A. Bouchard, qui va paraître très prochainement.

encore que l'une des deux cornes de l'utérus bicorne soit atrophiée, ainsi que l'ovaire et la trompe correspondants.

Les organes génitaux internes peuvent être frappés d'arrêt de développement, soit pendant la période embryonnaire, soit au moment de la puberté; la totalité de l'utérus, corps et col, est atrophiée, les fonctions menstruelles ne s'établissent pas, ou s'établissent mal, on trouve au toucher un col petit, dur, avec un museau de tanche effacé, rétréci.

L'atrésie utérine peut ne porter que sur le col; ce vice de conformation est tantôt congénital et porte sur toute la longueur du col, *étroitesse ;* tantôt acquis à la suite de cautérisations intempestives, de déchirures dans l'accouchement, et d'habitude c'est l'ouverture externe du museau de tanche qui seule est alors rétrécie, *rétrécissement.*

L'étroitesse s'accompagne toujours d'une dureté quasi-cartilagineuse, d'une forme en pointe du col, qui souvent permet à peine ou même ne permet pas l'introduction d'une sonde utérine. L'écoulement des règles devient difficile, s'accompagne de douleurs lombaires, de coliques, d'accidents nerveux ; les métrites chroniques et les écoulements qui en sont la suite se manifestent ; la conception devient difficile.

Le simple *rétrécissement* du museau de tanche n'est que bien rarement un obstacle sérieux à l'écoulement des règles, il en est tout autrement de l'étroitesse congénitale du col. Le sang, toujours altéré et contenant des caillots, s'accumule alors dans la cavité utérine, qu'il dilate ainsi que les trompes à travers le pavillon desquelles il suinte. En pénétrant dans le péritoine par cette voie tubaire ou encore par rupture des fibres lisses utérines dilatées à l'excès, le sang détermine ou bien une péritonite localisée qui devient une hématocèle ou une péritonite générale qui se termine par la mort. La poche sanguine peut encore se vider dans les organes voisins, avec lesquels la matrice a contracté des adhérences, la vessie, les intestins.

Après la ménopause ou quand l'atrésie utérine a entraîné l'aménorrhée, au lieu de sang, les liquides muqueux ou muco-purulents dus à la métrite, retenus par la coarctation du col, s'accu-

mulent à leur tour dans la cavité utérine. Quand il s'agit de sang, on dit qu'il existe un *hématomètre,* et un *hydromètre* lorsque ce sont des liquides muqueux.

L'hématomètre peut ne causer que des accidents momentanés; la distension utérine, la gêne apportée à l'écoulement menstruel déterminent la suppression de la fonction, et l'hématomètre cesse d'augmenter à chaque nouvelle époque cataméniale; dans ces conditions, il n'y a pas lieu d'intervenir, car l'hématomètre est en général toléré. Mais dès que des accidents sérieux surviennent et font soupçonner la possibilité d'une rupture utérine ou la menace d'une péritonite, il faut frayer un passage aux liquides accumulés et ponctionner le col, opération délicate, car le chirurgien, n'étant guidé par rien, court toujours le risque d'ouvrir un des culs-de-sac du péritoine.

Si l'utérus peut être atrophié, il est également quelquefois atteint d'hypertrophie. Nous ne parlerons pas ici des *hypertrophies utérines* dues à des retraits incomplets de la matrice après les couches ou à des métrites chroniques, nous ne nous occuperons que des hypertrophies dites *idiopathiques* (Labbé). On a signalé des cas très rares où l'accroissement de l'utérus était dû à une production anormale et exagérée de fibres musculaires embryonnaires, à un myome; les observations publiées sont trop peu nombreuses pour être concluantes. Moins rares sont les cas où l'hypertrophie est due à une exagération de la vascularisation de l'utérus qui devient télangiectasique (Tillaux).

Au lieu de porter sur la totalité de la matrice, l'hypertrophie peut n'atteindre que le col et porter exclusivement sur la portion sus-vaginale de celui-ci.

L'hypertrophie de la portion sus-vaginale parait être congénitale, le col est allongé, de forme conique, il fait saillie à la vulve et le museau de tanche est le plus souvent rétréci; souvent on trouve le corps de l'utérus atrophié, comme si toute l'évolution s'était faite au profit du col, dont les glandes sont hypertrophiées et les vaisseaux dilatés. On comprend combien cet état gêne le coït et rend par cela même la conception impossible.

On conseille d'exciser la partie trop saillante du col, soit avec

les instruments tranchants, soit avec l'écraseur ou le galvanocautère, mais toujours il faudra prendre grand soin de ne pas laisser le museau de tanche s'oblitérer pendant la cicatrisation.

L'hypertrophie de la portion sus-vaginale est spéciale, dit-on, aux femmes multipares, chez lesquelles le relâchement des parois du vagin entraîne un certain degré de prolapsus de ce canal ; le corp de l'utérus fixé, peut-être par rétraction de ses ligaments, ne suit pas le mouvement des culs-de-sac du vagin et la partie sus-vaginale du col s'étire et s'hypertrophie ; à cette explication déjà ancienne, je crois qu'il faut toujours ajouter un état pathologique des tissus du col atteint d'inflammation chronique.

Le corps reste en place, les culs-de-sac du vagin s'allongent vers le bas et forment ainsi un godet antérieur dans le fond duquel la vessie est entraînée, et un godet postérieur que remplissent les intestins et le rectum.

Souvent alors l'utérus se fléchit en avant et cette antéflexion fait rentrer en partie le col saillant à la vulve, mais tous les accidents dus à l'antéflexion se manifestent : douleurs, pesanteur, difficulté de la miction, etc.

L'hystéromètre introduit dans l'utérus fait constater un allongement considérable de l'organe, ce qui différencie l'hypertrophie avec le prolapsus utérin.

On a pratiqué l'excision du col, cette opération est d'autant plus judicieuse que nous savons aujourd'hui que l'hystérectomie vaginale donne des succès incontestables.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 23 *Avril* 1890.

ABLATION D'UN FIBROME INTRA-UTÉRIN PAR LA SECTION CÉSARIENNE SUIVIE DE SUTURE IMMÉDIATE DE L'UTÉRUS.

M. Bouilly se trouvait en présence d'un fibrome en évolution depuis 6 ans et qui s'était accru non seulement du côté de l'ab-

domen, mais encore du côté du vagin et de la vulve à ce point qu'on avait réséqué à plusieurs reprises la portion extra-vulvaire. L'hystéromètre disparaissait tout entier dans cette tumeur.

Le morcellement n'était pas applicable. L'hystérectomie était impossible à cause de la difficulté de faire un pédicule et aussi à cause de la faiblesse de la maladie. M. Bouilly fit donc une laparotomie et après avoir entouré la base de la masse utéro-fibreuse d'un gros tube de caoutchouc pour parer aux hémorrhagies il incisa l'utérus et décortica la tumeur pour la rendre libre. Cela fait, il essaya de retirer le fibrome, mais il avait la forme d'un tablier qui empêchait la portion extra-vulvaire de sortir par l'abdomen. M. Bouilly sectionna alors le point rétréci et extirpa séparément les deux tumeurs ainsi formées, l'une par l'abdomen, l'autre par le vagin. Le tissu utérin délivré de cette masse se contracta. 16 points de suture furent placés sur les tuniques de l'utérus et les suites de l'opération furent excellentes. Martin (de Berlin), Doléris, Terrier ont déjà appliqué à certaines tumeurs des procédés analogues.

Séance du 4 *mai* 1890.

DES PULVÉRISATIONS PHÉNIQUÉES DANS LE TRAITEMENT DE QUELQUES AFFECTIONS DE LA MAMELLE.

M. Verneuil, depuis longtemps, a l'habitude de faire pratiquer des pulvérisations phéniquées sur les plaies qui résultent d'une large amputation du sein.

Dans un certain nombre de cas, les abcès du sein donnent lieu à des fistules qui peuvent être le point de départ d'un érysipèle. Cette complication, de plus en plus rare dans les services de chirurgie, est sûrement évitée dans les cas en question, si on a soin de faire des pulvérisations phéniquées sur la région mammaire.

La mammite aiguë peut se terminer par un abcès et une ou plusieurs fistules qui s'éternisent. La pulvérisation donne d'excellents résultats. Elle amène rapidement la résolution de ces mammites tenaces.

Quand l'inflammation débute dans la glande, on fait des pulvérisations prendant deux ou trois jours de suite. Après cette pé-

riode préparatoire, on entame dans d'excellentes conditions le traitement chirurgical de ces mammites.

Il vaut mieux opérer sous le spray, qui est peut-être trop délaissé de nos jours. Le spray est utile quand on agit sur un foyer qui contient déjà du pus.

L'incision faite, on met un ou plusieurs drains. Pendant les cinq, six ou huit jours qui suivent, on pratique des pulvérisations phéniquées. Grâce à cette méthode, la fièvre tombe, les phénomènes douloureux se calment rapidement, la suppuration ne tarde pas à se tarir.

Les pulvérisations phéniquées trouvent encore une heureuse application dans le traitement des cancers ulcérés du sein.

On sait que ces cancers répandent une épouvantable odeur. Les malades s'intoxiquent et leur vie devient insupportable. En deux ou trois séances de pulvérisations de vingt à trente minutes, on parvient à améliorer dans des proportions notables l'état de ces malheureuses femmes. L'acide borique et le choral peuvent être utilisés, mais les pulvérisations phéniquées doivent être préférées, car elles enlèvent l'odeur et la douleur.

Une malade avait une tumeur ulcérée du sein, des trajets fistuleux existaient en différents points du néoplasme qui datait de dix ans. Il s'agissait d'une tumeur fibro-kystique. On fit des injections dans les drains qui furent placés dans les trajets fistuleux et on soumit la malade à des pulvérisations phéniquées.

En huit ou dix jours, la fièvre et la suppuration disparurent. L'état général s'améliora considérablement. M. Ollivier, qui avait appelé M. Verneuil en consultation, réitéra la proposition d'enlever la tumeur du sein. L'état général et l'état local s'étaient amendés à un tel point que M. Verneuil céda aux sollicitations du médecin, de la malade et de la famille. Il fit l'extirpation de la mamelle au thermocautère. (M. Verneuil ne s'est servi du thermocautère qu'à titre absolument exceptionnel.)

On trouva sous la mamelle, entre la face profonde du sein et le grand pectoral, une grande cavité purulente qui fut convenablement grattée. Les pulvérisations phéniquées hâtèrent la cicatrisation. La guérison survint sans incident. Le résultat fut bon et avantageux.

On voit parfois, après l'accouchement, des mamelles grosses, chaudes et douloureuses. Le diagnostic n'est pas toujours facile à

établir. On hésite entre la rétention laiteuse et le phlegmon mammaire. La mammite totale est non seulement d'un diagnostic peu aisé, mais son traitement laisse à désirer.

Il y a trois ans, M. Verneuil a eu l'occasion de donner des soins à une malade qui présentait une double mammite. La peau était tendue et luisante. On ne savait, au début, s'il y avait du pus et où celui-ci se trouvait. Des pulvérisations phéniquées diminuèrent l'intensité des symptômes et permirent de distinguer assez vite où étaient les points abcédés.

La mammite généralisée, diffuse, à marche lente, est difficile à diagnostiquer. On peut se demander s'il s'agit d'une mammite ou d'une production maligne.

M. Verneuil a été consulté par un de ses anciens élèves. La femme de ce jeune docteur était accouchée depuis trois mois; mais le sein semblait être appliqué contre la poitrine. Les téguments qui recouvraient la mamelle avaient l'aspect de ce que l'on décrit sous le nom de peau d'orange. La tumeur ressemblait à un néoplasme malin. M. Verneuil temporisa. Un jour, on vit apparaître un point rouge. C'était un abcès sous-mammaire qui pointait au dehors. Des incisions et des pulvérisations phéniquées amenèrent une guérison rapide.

En mars, M. Verneuil examinait une dame de quarante ans, ayant les apparences de la santé et une constitution athlétique. Elle était atteinte d'une tumeur du sein gauche. La tumeur était dure, proéminente, tendue, adhérente. A sa surface la peau était granulée.

S'agissait-il d'un sarcome à marche aiguë, d'un sarcome en masse de la mamelle? Il n'y avait pas de ganglions dans l'aisselle. Mais on constatait un peu d'œdème sur la peau épaissie de la mamelle. Il existait aussi à ce niveau un certain degré de sensibilité au toucher. On avait pensé au sarcome et M. Verneuil lui-même n'était pas éloigné de faire ce diagnostic qui lui semblait être l'hypothèse la plus probable. Cependant il n'avait pas adopté ce diagnostic sans faire des réserves. Son attention avait été frappée par l'existence de l'œdème et de la sensibilité au toucher.

Séance du 7 mai.

DE L'ABLATION DES FIBROMES DE L'UTÉRUS.

M. Marchand. — On dit généralement que les fibrômes de l'utérus sont facilement énucléables du tissu utérin qui les environne. Ce fait, dont M. Bouilly nous communiquait un exemple à notre dernière séance (voir *Bulletin Médical*, p. 412, 1890), et qui le plus souvent est vrai, ne saurait cependant être considéré comme constant. Je viens d'observer deux malades chez lesquelles ces néoplasmes avaient entraîné la mort, et dont j'ai pu faire l'autopsie. Or, l'examen de l'utérus a permis de reconnaître une fusion intime entre les fibres du néoplasme et les fibres utérines ; cette fusion était telle qu'il était impossible de distinguer l'un de l'autre ces deux ordres de fibres. Nul doute que, dans ces cas, l'on eût échoué si l'on avait essayé d'enlever ces fibrômes par énucléation.

M. Terrillon. — J'ai eu l'occasion de mettre trois fois en pratique le procédé d'ablation des fibrômes par section césarienne, ainsi que nous l'a décrit M. Bouilly. C'est un mode d'extraction qui peut rendre des services à défaut des autres procédés opératoires ; mais il se présente parfois qu'on ne peut le mettre à exécution, comme cela vient de m'arriver tout récemment à l'hôpital. On m'avait adressé une femme de 48 ans, pour l'opérer d'un volumineux fibrôme, qui donnait lieu à des douleurs expulsives et à des hémorrhagies très abondantes, qui l'avaient fortement anémiée. La tumeur remontait au-dessus de l'ombilic et remplissait tout le bas-ventre ; elle était manifestement intra-utérine, ainsi que je pouvais le constater par l'hystéromètre, qui remontait assez haut dans la cavité utérine et la contournait dans une grande partie de sa circonférence ; toutefois, je n'arrivais à aucune notion certaine sur son point d'implantation et sur l'étendue de sa base.

Après avoir incisé la paroi de l'abdomen assez largement pour attirer l'utérus, rempli de sa masse, en dehors, j'ai aussitôt constaté que les ligaments larges étaient fortement tendus et s'étaient tellement étalés que toute pédiculisation était impossible. C'est alors que, renonçant à ma première idée d'ouvrir l'utérus, j'ai fait de chaque côté la ligature et la section de ces ligaments, puis la section de l'utérus au-dessus du col, en abandonnant ce der-

nier dans l'abdomen, après l'avoir entouré d'un tube en caoutchouc et l'avoir touché avec du chlorure de zinc. Dans ce cas toute autre opération eût été impossible, comme nous l'a démontré l'examen de la pièce enlevée ; nous avons, en effet, trouvé dans la cavité utérine un énorme polype en partie kystique, dont la large base d'implantation eût rendu infructueuse toute tentative d'énucléation.

Séance du 21 mai.

HERNIE D'UN KYSTE DE L'OVAIRE A LA RÉGION FESSIÈRE.

M. Routier. — M. Chénieux (de Limoges) nous a envoyé une intéressante observation de tumeur rare de la région fessière. Il s'agit en effet d'un kyste de l'ovaire, qui est venu faire hernie dans cette région. Cette tumeur occupait la fesse droite et présentait un volume assez considérable et une consistance telle qu'on avait songé à un lipome ou à un abcès profond. L'ablation en fut faite aisément et démontra que l'on était en présence d'une dégénérescence kystique de l'ovaire. La tumeur enlevée, après pédicule constitué près de la corne utérine, celui-ci fut suturé à la plaie, dans laquelle on plaça un drain. La guérison fut rapide et sans incident.

Parmi les détails de l'observation de notre confrère, je ferai remarquer que sa malade était une femme de 40 ans, qui avait eu plusieurs enfants. Peut-être doit-on attribuer à ces multiples grossesses quelque influence dans la production de cette variété rare de hernies ? Inutile d'insister sur son peu de fréquence, ce qui ajoute de l'intérêt à l'observation ; la thèse de Deneux en 1872 n'en signale que huit du même genre.

SOCIÉTÉ ROYALE D'ANGLETERRE

DISCUSSION SUR L'ÉTAT PRÉSENT DE LA CHIRURGIE ABDOMINALE.

— Dans un long discours à la *Medical Society*, Lawson Tait, comparant la propreté chirurgicale rigoureuse à la méthode de Lister, vante les avantages de la première qui seule est, selon lui, véritablement nécessaire. Il fait ensuite remarquer que MM.

Meredith et Mayo Robson confirment ses vues personnelles en ce qui concerne l'ovariotomie, vues qui ont été jusqu'alors inexactement rapportées. Les résultats sont d'autant plus mauvais qu'on se rapproche davantage des principes de Battey, d'autant meilleurs qu'on s'attache à n'opérer que des tumeurs volumineuses, palpables. Mais les difficultés sont plus grandes dans ces opérations que dans toute autre partie de l'art chirurgical. Il est donc intéressant de déterminer si la chirurgie abdominale doit être pratiquée par tous les chirurgiens, dans les hôpitaux généraux ou seulement par des spécialistes, dans des locaux aménagés à cet effet. Les opérations de la chirurgie abdominale réussiront mieux dans les mains de ceux qui s'y consacrent exclusivement. La pratique de l'ovariotomie n'a fait de véritables progrès que depuis qu'elle est devenue l'œuvre de spécialistes. La chirurgie dentaire, l'ophthalmologie, la laryngologie, l'obstétrique doivent leurs progrès à la spécialisation.

Les opérations de la chirurgie abdominale ne ressemblent en rien aux opérations ordinaires. Pour ces dernières, il est des règles fixes dont on n'a pas à s'écarter une fois sur cent. Pour enlever une grosse tumeur abdominale et surtout une tumeur solide, à l'exception de quelques principes opératoires élémentaires, il n'est pas de règle fixe. Dans les autres régions du corps le chirurgien ne commence son opération qu'après diagnostic fait et avec de faibles chances d'erreur. Dans la chirurgie abdominale, le diagnostic est souvent impossible et quelquefois erroné. Il y a 20 % de chances d'erreur. Souvent même, l'opération terminée, on n'est pas encore fixé sur ce qu'on a fait. C'est l'examen histologique de la poche qui montre qu'on a enlevé un rein kystique, alors qu'on croyait s'être trouvé en présence d'un kyste du ligament large.

Pour ce qui a trait au traitement des hémorrhagies par rupture de la trompe, siège anormal de grossesse, la preuve est faite et complètement faite. La ligature du ligament large arrête l'hémorrhagie. Le diagnostic de la grossesse extra-utérine, après rupture de la poche, est facile ; il n'en est pas de même pendant la période qui précède et celui qui donnera des signes bien nets fera faire un grand progrès. Lorsque, dans ces cas, le fœtus est mort depuis longtemps, comme c'est l'habitude, l'ablation du placenta est en général facile. Mais, que doit-on faire si l'enfant

vit ? M. Tait, qui a enlevé un placenta dans une grossesse de 4 mois et arrêté l'hémorrhagie avec du perchlorure de fer, dit que cette expérience le ferait hésiter à entreprendre pareille opération dans une grossesse plus avancée. Trèves recommande l'ablation du sac en totalité et dit l'avoir pratiquée. Mais, ce qu'il a enlevé, c'étaient, en réalité, les membranes fœtales. Le sac est formé par le ligament large que ni M. Trèves, ni personne, n'ont jamais songé à enlever. Jusqu'à ce qu'un examen *post mortem* prouve le contraire, M. Tait maintient que le sac est toujours formé par les restes de la trompe déchirée et le ligament large. Tous les cas qu'il a eus à opérer et qu'il a soigneusement examinés rentraient dans cette catégorie. Ceux qu'on a dit faire exception étaient des cas de grossesse de la corne utérine non ectopique, ainsi qu'on l'a d'ailleurs démontré.

M. Grieg Smith, de Bristol, fait remarquer que la note dominante de ce débat est le désir marqué par tous les orateurs de créer une technique uniforme, de poser les règles de la chirurgie abdominale. Contrairement à Lawson Tait, il croit à l'utilité du spray, au moins dans les hôpitaux généraux, comme le Bristol Royal Infirmary, où la salle d'opérations est ouverte à tout-venant, même à ceux qui sortent de l'amphithéâtre de dissection. Grâce à son emploi, la mortalité n'est que de 5 %. On a, suivant lui, fait preuve de trop de partialité, pour ce qui concerne le traitement du pédicule dans les cas d'hystérectomie.

La méthode intra-péritonéale est certainement le procédé de choix, mais il est des cas, et des pires, où on ne peut l'employer et le procédé extra-péritonéal est alors le meilleur. On a exagéré aussi la nécessité du drainage et de l'irrigation du péritoine. Ces précautions ne sont rendues indispensables que par le défaut de soin opératoire et l'écoulement de sang ou de pus entre les anses intestinales. Il n'est pas nécessaire de retirer tout le liquide, l'absorption par les capillaires et quelques bandelettes de gaze font le reste. Ceux qui affectent de considérer le drainage et l'irrigation comme pernicieux acquerront, par leur propre expérience, la notion de leur erreur. Quant à l'emploi des purgatifs, dont les uns se servent toujours et les autres jamais, il faut distinguer : il est des cas où ils sont utiles, notamment lorsque l'obstruction temporaire ou la dilatation des intestins par des gaz donnent lieu à un commencement de péritonite.

Dans les cas d'accouchement où le travail ne peut s'achever, l'opération de choix est l'opération césarienne plutôt que celle de Porro, variété de chirurgie brutale bonne tout au plus quand il s'agit de sauver la vie à tout prix. L'opération de Porro est plus facile ; mais c'est aux chirurgiens qu'il appartient de s'élever à la hauteur des opérations et non de rabaisser les opérations à leur niveau. La mortalité de l'opération césarienne nouvelle est moindre que celle de l'opération de Porro ; fût-elle égale que la césarienne serait encore préférable.

Mais il est d'autres méthodes utiles dans certaines circonstances et qu'il ne faut pas laisser tomber dans l'oubli, l'élytrotomie par exemple. Il est désirable aussi qu'on publie des résultats plus exacts, plus complets, qu'on surveille plus attentivement le traitement consécutif.

Le Dr Edler (de Nottingham) reconnaît aussi la supériorité de la chirurgie propre sur la méthode de Lister. La spécialisation des chirurgiens est suivant lui l'une des raisons majeures du succès. Comme L. Tait, il se montre l'adversaire du *clamp*, instrument barbare, dangereux, donnant des résultats incertains et que, un jour qui n'est pas loin peut-être, on verra relégué dans les musées et remplacé par la méthode intra-péritonéale. Il est d'accord avec la majorité des chirurgiens, pour ce qui a trait à l'ablation des grosses tumeurs, quel que soit leur contenu, qui menacent la vie de celles qui les portent. Mais quand les symptômes subjectifs l'emportent sur les objectifs, que doit-on faire ? Dans beaucoup de cas d'autres traitements que l'opération réussissent, dans quelques-uns seulement elle donne du soulagement. Lorsque la maladie a pour origine un mauvais accouchement, une fausse couche ou une maladie vénérienne et qu'elle s'accompagne de périodes d'inflammation aiguë, l'opération est le seul recours. Plus elle est faite de bonne heure en ces cas, moins elle donne de mortalité.

Le Dr Malins (de Birmingham), dans ces cas où les symptômes subjectifs dominent, est peu partisan de l'opération qui lui a donné des résultats peu satisfaisants. Les malades chez lesquelles on n'est pas intervenu se sont généralement mieux portées que celles qu'on avait opérées. Il faut tenir compte aussi dans ces cas de la mortalité possible et des troubles qui peuvent s'ensuivre dans la vie privée de la malade, troubles entraînés par l'état pire qu'avant

l'opération au point de vue des fonctions sexuelles. Quand il y a du pus dans le bassin, il faut l'évacuer. Lorsque c'est du sang il n'en est pas de même, car la majorité des hématocèles guérissent sans opération. Pour la péritonite septicémique, l'intervention n'a quelques chances de succès que si elle est faite de bonne heure. Comme les précédents, il loue les progrès de la chirurgie abdominale, apportant seulement cette restriction : qu'on semble avoir un peu dépassé la mesure et opéré dans des conditions où cela n'était pas strictement nécessaire.

M. Reeves pense aussi que ce n'est qu'indirectement que les progrès de la chirurgie abdominale peuvent être mis sur le compte de la méthode de Lister. Son expérience sur les opérations de l'utérus est défavorable à l'emploi du *clamp*. Pour les tumeurs volumineuses, il préfère l'opération intra-péritonéale à l'énucléation. Il mentionne quelques cas de péritonite cancéreuse dans lesquels l'ouverture et l'irrigation de la cavité abdominale ont déterminé un soulagement considérable.

Le Dr Collaghan (de Carlow) dit que le traitement consécutif des cas qui nécessitent l'opération abdominale est au moins aussi important que l'opération elle-même. Il n'est pas partisan de l'opium en aucun cas. Pour ce qui concerne les remarques de M. Trèves relativement à l'hystérectomie, il nie, d'après sa propre expérience, qu'on puisse employer la méthode préconisée par ce chirurgien. Dans les cas de rétrécissement du bassin, il préfère l'opération césarienne à celle de Porro comme plus simple et comme prévenant la suppuration et l'inflammation de l'utérus. On s'accorde généralement à dire qu'il n'est pas de bonne opération pour la péritonite tuberculeuse sèche. Il a vu de nombreux cas de cette affection où les adhérences étaient très étendues. En énucléant les masses caséeuses, il a obtenu de bons résultats.

M. Barker dit que c'est avec raison que M. Meredith a distingué les variétés sèche et humide de la péritonite tuberculeuse. Les péritonites humides sont moins aptes à produire les adhérences et comme elles sont plus sujettes aux inflammations aiguës, elles viennent plus tôt consulter. Quand l'inflammation est circonscrite, on peut intervenir avec quelques chances de succès. Dans la seconde forme, le nombre et la variété des adhérences sont souvent une cause de danger. Quand on connaîtra mieux les conditions pathologiques de cette affection, peut-être trouve-

ra-t-on un procédé d'intervention plus satisfaisant; mais, pour le moment, le chirurgien doit s'abstenir. M. Alban Doran est convaincu que la chirurgie abdominale doit rester dans les mains de spécialistes. Le drainage du péritoine lui paraît sans inconvénients.

Le Président, résumant la discussion, montre que, d'après M. Trèves, la chirurgie abdominale semble seule avoir fait des progrès. Les chirurgiens et l'humanité souffrante devront beaucoup à ceux qui se sont consacrés aux opérations abdominales, car ils ont montré ce qu'on pouvait faire en chirurgie en ne négligeant aucun détail. Il sympathise complètement avec M. Trèves dans sa diatribe contre le traitement extrapéritonéal du pédicule dans l'hystérectomie à l'aide du *serre-nœud*, instrument encore moins scientifique que l'ancien *clamp*. Comme chirurgien, il est cependant obligé de reconnaître que ce procédé donne de meilleurs résultats que la méthode intrapéritonéale. On ne peut d'ailleurs comparer le traitement intrapéritonéal du pédicule dans l'hystérectomie et l'ovariotomie. Aucune des méthodes actuelles n'est d'ailleurs parfaite ; c'est aux jeunes chirurgiens qu'il appartient d'en chercher une meilleure. Le succès est d'ailleurs, en ces cas, une affaire de pratique et tient surtout à la manière dont on sait attaquer la tumeur et arriver à son énucléation. L'avantage du *serre-nœud* est qu'il empêche l'entrée des matières septiques dans l'abdomen. Lorsqu'on applique le serre-nœud, on doit consacrer une attention toute particulière à l'isolement de la vessie et du ligament large, afin de ne pas pincer les uretères. Son opinion n'est pas encore faite relativement à l'emploi de l'opium. Il est convaincu des bons effets du drainage. Il ne faut cependant pas l'employer à l'étourdie ou à la légère, car il provoque la sécrétion de la sérosité péritonéale et peut être une cause d'obstruction intestinale. L'usage des antiseptiques, s'il n'est pas essentiel, est recommandable, car, comment peut-on être sûr qu'une eau simplement bouillie est complètement aseptique ? Il conclut en félicitant la Société et la Profession des progrès accomplis dans la chirurgie abdominale où il ne reste plus que des points de détails à fixer, et exhorte ses collègues à continuer de rivaliser de bons résultats.

(*Le Progrès médical.*)

SOCIÉTÉ BELGE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE.

Séance du 18 *mai* 1890.

M. le professeur KUFFERATH fait une intéressante communication sur un cas d'hystérectomie opéré d'après le procédé de Kraske modifié, pour un cancer du col au début.

La voie vaginale et la voie abdominale étaient impraticables. L'auteur décrit la méthode suivie. — La malade est en voie de guérison. — Résultat heureux, sauf petite fistule urétérale consécutive.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DE L'ENDOMÉTRITE.

M. le docteur WALTON se déclare opposé aux fortes cautérisations intra-utérines. Il en décrit les inconvénients et les dangers. Parmi les traitements actuellement employés, il démontre les dangers de la cautérisation avec la pâte de Canquoin. Il a eu l'occasion de trait· 'aux cas de sténose de l'orifice interne, consécutive à ce trait. t. Il résume les opinions des praticiens français qui ont er. yé la pâte de Canquoin et conclut en déclarant ce traiteme aveugle, antiphysiologique et dangereux, tant par ses conséquences immédiates que par ses résultats éloignés.

M. le docteur JACOBS. — Le traitement de l'endométrite nécessite un diagnostic précis entre l'endométrite du corps et l'endométrite du col. Pour l'endométrite du corps légère, il a obtenu de bons résultats par les crayons au salol, au bichlorure de mercure, à l'iodoforme, par les injections à la glycérine iodoformée, etc. Pour l'endométrite ancienne on ne peut souvent espérer arriver à la guérison par une seule opération, par un traitement unique. Il a contrôlé le traitement de Dumontpallier. Sur 10 cas il a obtenu 10 récidives après un laps de temps allant de 1 à 7 mois. Il signale les dangers de ce traitement. Les meilleurs résultats qu'il a obtenus ont été donnés par le curage intra-utérin suivi d'écouvillonnage ou de cautérisations légères répétées.

M. le docteur BOCK revient sur sa communication de la dernière

séance. Il ne considère pas la pâte de Canquoin comme devant être employée dans tous les cas d'endométrite, mais comme pouvant donner d'excellents résultats dans certains cas. Il ne croit pas aux dangers de ce traitement et appuie surtout sur les soins consécutifs.

M. le docteur FRAIPONT n'a employé la pâte de Canquoin que dans 3 cas, dans lesquels le currettage n'avait pas donné de résultat. L'eschare est considérable et entame le muscle utérin. Il croit à la sténose consécutive. Quoi qu'il en soit, ce traitement pourra être utilisé dans les affections malignes où la curette est insuffisante. Le curettage utérin donne les meilleurs résultats dans l'endométrite chronique. Il décrit son modus faciendi et recommande ce traitement de préférence aux autres.

M. le docteur TOURNAY a employé la pâte de Canquoin dans deux cas d'endométrite, il a obtenu un insuccès et une sténose de l'orifice interne. Jamais il n'a eu d'accidents avec le curettage précédé de dilatation. Il est partisan dans les endométrites catarrhales et purulentes des astringents ou des caustiques liquides.

REVUE DE LA PRESSE

—

DES ACCIDENTS CAUSÉS PAR LES INJECTIONS VAGINALES DE SUBLIMÉ ET DE NAPHTOL,

Par M. le Dr R. WEISS.

Ces accidents s'observeraient parfois après l'emploi de solutions mercurielles, même faibles (sublimé aux cinq ou six millièmes) et consisteraient en diarrhées fétides, coliques, ténesme, mais sans stomatite et sans albuminurie (*El Progresso medico de Cuba*, janvier 1890).

Avec les injections de naphtol on observerait aussi des douleurs abdominales très vives, se produisant une heure ou une demi-heure après leur emploi. Pour prévenir ces inconvénients, M. Weiss conseille de faire suivre les injections d'un pansement immédiat de la muqueuse vaginale et de ses solutions de continuité, s'il en existe, avec

la poudre d'iodoforme dont on connait les propriétés à la fois analgésiques et antiseptiques.

(*Rev. gén. de Clin. et de Thér.*)

KYSTE A CONTENU GAZEUX DU VAGIN,

Par le prof. Luigi Maugiagalli (1).

Femme de 25 ans, secondipare, entrée à la clinique de Catane, le 1er février de l'année 1889. La première grossesse a été régulière; l'accouchement à terme, spontané, facile. Enfant vivant. Depuis cinq ans, cette femme a été prise plusieurs fois par la malaria, sa santé n'est cependant pas altérée; elle est parfaite à son entrée à la clinique. L'examen général est négatif.

Le 3 mars, la femme était dans son septième mois de grossesse ; le fœtus vivant, en présentation du sommet. Le doigt explorateur, dans la moitié postéro-supérieure du vagin, rencontrait des proéminences sensibles, les unes isolées, les autres réunies en groupe, qui se confondaient doucement avec le plan de la muqueuse, lisses, ni résistantes, ni dures, mais d'une consistance un peu plus grande que le reste de la muqueuse vaginale, qui offrait une apparence granuleuse, enfin légèrement douloureuse à la pression.

La portion vaginale du col présentait les mêmes altérations sur la lèvre postérieure et sur la lèvre antérieure. La portion vaginale du col et la paroi vaginale postérieure étant mises à découvert, il fut permis de constater que la coloration de ces proéminences n'était pas celle de la muqueuse vaginale. Tandis que celle-ci était d'une couleur violacée, ces productions se présentaient sous une couleur blanc sale, nacrée, et étaient comme encadrées par la muqueuse vaginale périphérique. En ayant saisi quelques-unes avec une pince, elles se crevèrent en produisant un bruit caractéristique analogue à celui d'une bulle de gaz.

Deux faits furent nettement constatés : 1° le vagin, spécialement dans les deux tiers postéro-supérieurs médians et la portion vaginale du col, était le siège de petites productions kystiques ; 2° le contenu de ces productions était gazeux.

Ces lésions morbides furent décrites pour la première fois par Winkler avec exactitude dans un mémoire publié en 1871, sous le nom

(1) *Annali di Ostetricia.*

de *colpo-hyperplasie kystique*. Braun avait observé le premier cas de cette singulière maladie en 1861.

De l'étude des observations connues résultent les quelques caractères généraux suivants :

1° Le siège principal de la lésion est dans la paroi supérieure du vagin, sur l'une et l'autre part, mais plus fréquemment sur la postérieure ; il n'est pas rare d'observer aussi quelques kystes sur la portion vaginale.

2° Ces kystes sont situés superficiellement ; ils font saillie, ils sont sessiles.

3° Le plus souvent, ils semblent ne pas contenir de liquide ; quand ils crèvent, le gaz se dégage avec bruit.

4° On les rencontre presque exclusivement pendant la grossesse. Cependant, dans le cas de Rugi et celui de Lebedeff, la femme n'était pas enceinte. Dans le premier cas, il s'agissait d'une rétroversion utérine avec adhérences ; dans la deuxième, d'un kyste carcinomateux de l'ovaire droit. On observe toujours un abondant catarrhe vaginal.

5° Leur nombre dépasse rarement deux. Les auteurs ont fait des recherches pour établir le siège de ces kystes, leur véritable nature, le processus morbide, pour savoir quel est le gaz qu'ils renferment et son origine. Vient-il de l'extérieur ? est-ce une production endogène ?

Les opinions les plus diverses ont été soutenues.

Pour les uns, à l'ectasie des follicules glandulaires du vagin serait dû le développement des kystes : pour les autres, ces kystes seraient interstitiels. Le gaz qu'ils renferment serait dû à un processus endogène ; ce serait pour Eppingger de l'air atmosphérique aspiré par le vagin, pénétré à travers de petites lacérations épithéliales dans les fissures dilatées du tissu conjonctif interstitiel et de préférence le long des vaisseaux.

Zweifel admet que les kystes renferment de la trimétilamine, qui est secrétée par les follicules mêmes dont les orifices se sont fermés. A l'appui de cette hypothèse, il invoque la présence de la trimétilamine dans le vagin des femmes affectées desdits kystes et chez les femmes saines. Mais des objections ont été faites à cette opinion. La trimétilamine se dissout complètement dans l'eau ; son point d'ébullition étant à 9°3, à la température relativement élevée du corps, ses vapeurs auraient une tension très grande, à laquelle de minces parois épithéliales ne pourraient pas résister.

Les recherches de Klauser et de Welponer leur ont montré que le gaz renfermé dans les kystes est un mélange d'oxygène et d'azote, dont l'origine probable est l'air atmosphérique ; que l'oxygène est dans une preportion inférieure de 4 % à celle qui entre dans la composition de l'air, ce qui s'explique par l'absorption des tissus.

L'auteur s'est livré à son tour à plusieurs expériences. Il a tenté de recueillir le gaz renfermé dans les kystes pour en faire l'analyse chimique, mais a renoncé bientôt à ce moyen comme présentant de trop grandes difficultés et, par suite, exposant à des erreurs. Il a songé à employer la seringue de Pravaz : il a tenté enfin de faire l'excision des kystes, de les enlever. De cette façon, s'il n'a pas pu se rendre compte de la nature du gaz, il a cependant eu la facilité d'examiner les parois avec soin.

L'examen des préparations, après durcissement dans l'acide picrique, a montré que les kystes ne sont pas dus à la dilatation d'utricules glandulaires ; qu'ils ne siègent pas dans la couche sous-épithéliale, mais sont situés dans le tissu conjonctif de la muqueuse.

Le point capital est la constatation de l'état de congestion des tissus. Cette congestion est toutefois peu intense, et l'auteur n'accepte pas qu'elle soit le facteur primitif provoquant les altérations successives pouvant donner naissance au développement de gaz dans les vacuoles formées par les extravasations sanguines. S'il en était ainsi, on devrait observer ces faits moins rarement, car la congestion vaginale pendant la grossesse est ordinaire.

Dans l'état actuel de la science, il est difficile de se prononcer sur l'origine du gaz renfermé dans ces kystes, mais tout porte à croire à son développement endogène.

(*L'Echo méd.*)

SUR LA THÉRAPEUTIQUE INTRA-UTÉRINE DES FIBROMES UTÉRINS.

Le docteur Georges Gautier a fait à l'Académie de médecine de Paris, dans sa séance du 8 avril 1890, une lecture dont voici les conclusions sommaires :

1° La thérapeutique électrique des fibrômes utérins a été dès les premières tentatives (Routh et Althaus, A. Martin, Onimus, Chéron, Carpenter, Braclot) extra-utérine ou vaginale et a utilisé les interruptions et les renversements des courants galvaniques. — C'est cette même thérapeutique qui vient d'être restaurée (Lucas-Championnière,

Danion) sous un nom nouveau, en substituant à l'appellation classique d'électrode le mot « tampon électrique » ; c'est cette même thérapeutique (qui ne compte à son actif que 20 observations recueillies depuis plus d'un an, qui choisit ses cas, opère les femmes jeunes et les gros fibrômes, électrise les femmes genéralement âgées, avoue les récidives et constate que le chirurgien ne peut, ni ne doit désarmer), qui vient à tort se présenter comme la meilleure de toutes.

2° Depuis l'année 1883, il applique intégralement la méthode qui est vraiment personnelle au Dr Apostoli, et qui consiste dans la galvanocaustique chimique intra-utérine et monopolaire de l'utérus. Il a fait 1,329 applications galvaniques chez 67 malades atteintes de fibrômes utérins ; 18 lui ont été envoyées par des confrères qui ont pu constater les résultats obtenus ; il a revu 62 d'entre elles qui restent guéries symptomatiquement ; il compte 4 insuccès, dont 2 tenant à des tumeurs malignes qui se sont affirmées pendant le cours du traitement et 1 décès certainement dû à des lésions des annexes méconnues.

3° Les premiers effets du traitement portent sur la douleur et l'hémorrhagie. Dans les fibrômes hémorrhagiques, l'orientation du courant n'est pas indifférente : le pôle positif est hémostatique et décongestionnnant.

4° Il n'y a ni basses, ni moyennes, ni hautes intensités obligatoires constamment et l'observation clinique exige d'élever le plus haut possible, suivant les cas, l'intensité utilisée et de s'arrêter toujours dès l'apparition de la douleur. Les courants forts diminuent le temps nécessaire à la cure des fibrômes et accélèrent la disparition des symptômes ; si les courants faibles sont utiles pour la douleur, ils sont généralement inefficaces à produire rapidement l'hémostase. Il applique des intensités variables de 30 à 250 milliampères et entre ces doses extrêmes, il se maintient à 120 ou 140 comme moyenne. Ce traitement restaure les forces des malades et assure la disparition des symptômes de la plupart des fibrômes, dont il diminue le volume dans une proportion variable suivant les cas, mais notable.

5° Cette méthode n'est ni impuissante, ni dangereuse et en face de l'hystérectomie (mortalité 42.85 %), et de la castration (mortalité 13.3 % — Lucas-Championnière, 1889), elle s'impose comme traitement initial de choix de tout fibrôme.

6° Les 106 observations de Keith, les 59 de Slavianski, les 200 de Sneguireff, ajoutées aux 97 de Délétang, aux 600 d'Apostoli et

aux siennes et à celles qui de tous les côtés en Europe et en Amérique sont publiées par les gynécologistes les plus éminents, forment un total de plus de deux mille cas de fibrômes utérins, qui ont reçu au bas mot plus de trente mille applications galvaniques, qui plaident en faveur de la thérapeutique intra-utérine et de son innocuité, et sont de plus les preuves matérielles irréfutables, qui démontrent qu'un grand nombre de chirurgiens désarment en face de la méthode d'Apostoli et la considèrent comme le traitement médical symptomatique le plus efficace des fibrômes de l'utérus.

OPÉRATION CÉSARIENNE.

Communication de M. le Dr Winckel, médecin à Mülheim.

(*Centralblatt für Gynœk.* 1889, n° 48.)

La communication suivante a pour but de prouver qu'une opération césarienne peut être faite par le médecin praticien, même dans les circonstances les plus défavorables.

Le 25 septembre 1889, M. le Dr Winckel est mandé par son collègue, M. le Dr Muller, pour pratiquer une opération césarienne. C'était vers le soir ; la patiente, âgée de 35 ans, est enceinte pour la neuvième fois.

Elle est atteinte d'ostéomalacie au plus haut degré.

Le dernier accouchement, qui s'est terminé grâce à une intervention opératoire, remonte au mois de février 1887.

La femme se trouve dans une toute petite chambre où circulent avec peine les deux médecins, la sage-femme et deux dames, et, pour comble de malheur, l'éclairage de la pièce laisse beaucoup à désirer. L'écoulement des eaux s'est produit déjà vers midi. La patiente ressent des douleurs très fortes et fréquemment répétées, soupire après la délivrance et demande qu'on lui fasse l'opération, même sans chloroformisation préalable. Vu le rétrécissement considérable du bassin, on peut à peine toucher et faire le cathétérisme. Il est impossible d'atteindre les parties fœtales qui se présentent.

Le palper permet de reconnaître la tête élevée au-dessus de l'entrée du bassin et située dans le flanc droit.

Les tons du cœur du fœtus sont très faibles. Par contre, le murmure placentaire s'entend très distinctement à l'endroit correspondant à la paroi utérine antérieure.

La malade est placée sur une petite table et soumise à l'action du chloroforme. Sur le désir de mon collègue, je fais l'opération suivant le procédé habituel. Alors j'ai remarqué sur la paroi antérieure de l'utérus un réseau de dilatations variqueuses et un repli péritonéal sacciforme de la dimension du pouce. Je repousse facilement sur le côté cette petite tumeur et j'incise rapidement l'utérus jusqu'au niveau du placenta, malgré l'abondance de l'hémorrhagie. Je dégage le gâteau placentaire vers le côté droit de la mère et je découvre le fœtus.

Après avoir retiré complètement le placenta, je comprime fortement l'utérus à l'entrée du bassin.

Les enveloppes de l'œuf étant enlevées, je constate la perméabilité du col utérin.

Après avoir soumis l'utérus à une compression élastique continue, je suture la plaie de la matrice avec 12 points de suture en fil de soie phéniquée.

Vu le mauvais éclairage et l'absence d'aides, nous pouvions à peine songer à faire la suture séro-séreuse du péritoine comme Saenger le conseille.

Cependant la plaie utérine fut fermée avec soin, car les rebords du péritoine incisé correspondaient complètement.

Après l'hémostase de la plaie utérine, je ferme l'incision abdominale avec le même nombre de sutures et je la saupoudre d'iodoforme.

Le pansement se fait suivant la méthode ordinaire.

Pendant ce temps, la sage-femme est parvenue à ranimer l'enfant qui avait été retiré de la matrice en état de mort apparente.

Mon collègue m'apprend que la mère et l'enfant se portent très bien aujourd'hui, le 18 novembre 1889.

Nous sommes heureux d'avoir obtenu ce résultat inespéré.

H. LAMBINON.

(*Journal d'accouchements.*)

VARIÉTÉS

CAS CURIEUX. RUPTURE DU VAGIN PENDANT LE COÏT. — Une jeune fille de 20 ans, couturière, ayant de l'embonpoint et des muscles

bien développés, était atteinte d'hémorrhagie. Celle-ci avait commencé assez tard dans la soirée ; les vêtements et les cuisses étaient très souillés de sang, et un mouchoir, qui avait été introduit partiellement dans la vulve afin d'arrêter l'écoulement, était ensanglanté et contenait dans ses plis plusieurs caillots sanguins. Il s'écoulait sans cesse de la vulve un léger filet de sang rouge foncé. Le vagin était rempli de caillots qu'on retira pour explorer sa cavité avec l'index. Dans le cul-de-sac postérieur, le doigt pénétra dans un endroit enfoncé, entouré d'un tissu plus lâche. Le col utérin, d'une consistance ferme, avait la forme et la grandeur de celui des nullipares. Après l'introduction du spéculum, il fut démontré que le point de départ de l'hémorrhagie était une déchirure longue de 3 centimètres et profonde d'un peu plus d'un demi-centimètre, non pénétrante, située dans le cul-de-sac postérieur, un peu en arrière de la portion vaginale du col utérin et ayant une direction transversale. Les bords de la plaie étaient tout déchiquetés et infiltrés de sang.

Quoique l'index de l'auteur de cette observation touchât sans difficulté jusqu'au fond du cul-de sac postérieur, le vagin ne pouvait être qualifié ni d'étroit ni d'extraordinairement court. Il ne présentait ni rigidité ni aucune autre anomalie dans sa texture.

Il n'existait, du reste, aucun autre signe de lésions du vagin ou de la vulve. Injection d'une solution de bichlorure de mercure à 1/2000. Tampon de gaze iodoformée. Guérison. Cicatrice linéaire, longue d'environ 2 centimètres.

La malade avoua qu'elle avait eu un rapport sexuel avec son « fiancé », dans le Parc Royal, à Stockholm. Elle avait ressenti alors une douleur aiguë, comme si quelque chose s'était déchiré dans son bas-ventre; puis hémorrhagie et prostration.

L'auteur pense que la cohabitation s'était accomplie avec une ardeur un peu insolite.

Dans les inspections, par dix milliers, des organes génitaux des soldats et des artilleurs de l'armée et des marins de la flotte royale suédoise de guerre, que j'ai effectuées pendant près de trente ans, comme autorité de police des mœurs et de la salubrité, je n'ai pu m'empêcher d'être étonné des variations considérables des dimensions de ces organes. Je crois être dans le vrai en assurant qu'il y a des hommes de taille moyenne, dont le membre viril relâché est environ cinq fois plus grand que ceux de petite dimension. Je suis saisi d'hor-

reur en songeant aux désordres qui peuvent être produits et qui arrivent plus souvent sans doute que le monde médical n'est appelé à le constater, dans un vagin court, étroit et rigide, par un tel pénis, surtout quand son possesseur est en état d'ivresse et la femme mise en appétit.

—

EXAMEN DE SAGE-FEMME. — « Comment ferez-vous pour extraire le placenta ? » demande M. le Dr Pajot à une élève sage-femme.

— Je tirerai sur le cordon.

— Et après ?

— Dam... je tirerai sur le cordon.

— Bien. Mais si rien ne vient ?

— Je tirerai plus fort sur le cordon.

— Mais, Madame, votre concierge en ferait autant ! »

(*Le Praticien.*)

BIBLIOTHÈQUE

—

I. **La phtisie du larynx à Cauterets**, par le Dr H. GUINIER. — Pau 1890.

II. **Franzensbad dans la saison 1889**, par le Dr EMMANUEL HAZENFELD. — Paris, Levé 1890.

III. **Du moyen de prévenir la déchirure médiane du périnée pendant l'accouchement**, par le Dr G. TOURNAY. — Bruxelles, Van de Weghe 1890.

IV. **Les avantages et les dangers des interventions thermales chez les cardiaques**, par le Dr LAUSSEDAT. — Paris, Levé, 1890.

V. **De la mobilisation de l'étrier**, par M. le Dr MIOT. — Paris, Doin, 1890.

VI. **Hôpital des enfants (de Bucarest) service chirurgical, etc.**, par le Dr Gr. ROMNICIANO. — Bucarest 1889.

VII. **L'oxalurie rénale étudiée à Contrexeville**, par le Dr DEBOUT D'ESTRÉES. — Paris, 1890.

VIII. **De la résection du nerf maxillaire supérieur et du ganglion sphéno-palatin**, par le Dr P. SEGOND. — Paris, Alcan, 1890.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

111. — Suppositoires contre la dysménorrhée. (M. Farlow.)

Extrait de cannabis indica........	0 gr. 015 milligr.
— de belladone.............	0 gr. 015 —
Beurre de cacao..................	5 grammes.

Mêlez. — Pour un suppositoire. En faire cinq semblables.

Introduire un suppositoire tous les soirs, à partir du cinquième jour avant les règles. (*Semaine médicale.*)



112. — Des tampons enduits de glycérine dans les vomissements de la grossesse. — Le Dr Kirkpatrick, dans un cas de vomissement rebelle, chez une femme enceinte, où il avait produit une vésication du col, n'observa de soulagement qu'après formation et écoulement du sérum.

Ce fait lui inspira l'idée d'employer la glycérine dans ce but. L'application de ces tampons vaginaux, saturés de glycérine, fut toujours suivie d'une grande amélioration, non seulement la première fois mais aussi dans les rechutes qui suivirent.

Il y a longtemps que M. Chéron préconise les pansements glycérinés dans les grossesses pénibles, dans le but d'éteindre les réflexes dont l'utérus gravide est le point de départ.

(*Texas Com. Rec.*)



113.— Traitement non opératoire de la fistule à l'anus. — La *Gazette médicale de Liége* indique les formules suivantes, tirées de la pratique de M. le professeur Guyon :

1° Entretenir les selles molles, régulières.

2° Observer obligatoirement une excessive propreté.

3° Administrer le bromure associé au fer, selon la formule suivante :

Bromure potassique.................	10 grammes.
Citrate de fer ammoniacal...........	0.50 centigr.
Sirop d'écorce d'orange amère........	100 grammes.

Ds.: Une cuillerée à soupe matin et soir.

4° Après chaque défécation et le soir, au moment du coucher, appliquer un suppositoire ainsi formulé :

Iodoforme......................	0.40 centigr.
Extrait de belladone.............	0.20 —
Beurre de cacao...........	q. s. —

***

114. — Du naphthol dans le spasme vésical. — C'est le Dr Wright, de Tallmadge, qui rapporte le fait suivant. Depuis son enfance, une lady de 34 ans souffrait d'incontinence, bien qu'exempte de calcul, de cystite, de souffrance locale ; elle était obligée de se lever à chaque instant durant la nuit. Elle rendait chaque fois quelques gouttes d'urine, et la quantité de vingt-quatre heures était de trois pintes. Une toux à caractère nerveux durait depuis un an, malgré divers traitements, et l'auteur ordonna contre cette toux deux capsules de naphthol et l'usage du remède en pulvérisation pharyngée. L'effet fut immédiat sur le trouble vésical, qui reparut pendant une interruption du remède. Une seconde administration de cet agent eut raison du trouble et de la toux, et la malade, rétablie, goûte un sommeil calme qu'elle ne connaissait plus. (New-York, *Practitionner* et *Lyon médical*.)

***

115. — Mixture contre l'inappétence des femmes enceintes. (FORWOOD.)

Racine de colombo pulv................	àâ 15 grammes.
Racine gingembre pulv.................	
Feuilles de séné......................	4 —
Eau bouillante........................	475 —

Faites infuser. — Un petit verre avant chaque repas, dans le but de faire cesser le dégoût pour les aliments, qui s'observe souvent chez les femmes enceintes.

***

116. — Traitement du prolapsus utérin. (Ch. BRAME.)

Gros pinceau, imprégné d'une solution de tannin dans l'alcool, à parties égales.

L'application est suivie d'une injection d'eau ordinaire qui supprime instantanément la douleur causée.

⁂

117. — Injection pour la leucorrhée. — (A.- A. HENSKE.)

Chlorate de potasse..............	30	grammmes.
Teinture d'opium................	30	—
Eau de goudron.................	470	—

Deux ou trois cuillerées à bouche ajoutées à un litre d'eau à employer en injections, matin et soir.



118. — La phthiriase palpébrale infantile et son traitement, par M. DESPAGNET. — Cette affection est rare et en douze années l'auteur n'en a observé que deux cas. Sou diagnostic n'est pas exempt de difficultés. Ces pédiculi occupent la base des cils à laquelle ils donnent une coloration grisâtre ressemblant à des squames épidermiques. Or, dans les affections squameuses des paupières, les démangeaisons sont analogues ; toutefois la peau est normale, alors qu'elle présente un aspect luisant et des boursouflures dans la blépharite ciliaire.

M. Despagnet rapporte l'observation d'un enfant de quatre ans atteint de cette forme de phthiriase. Le traitement consista dans des lotions avec une solution de sublimé à un ou deux millièmes et l'application d'une pommade contenant 30 centigrammes de sublimé pour dix grammes de vaseline. La guérison fut obtenue dans l'espace de trois jours. (*La Pratique médicale.*)



119. — De l'eczéma chez les enfants. — M. SHOEMAKER énumère les causes de l'eczéma chez les enfants. Elles sont au nombre de quatre : 1° Alimentation défectueuse ou insuffisante ; 2° Assimilation imparfaite ; 3° Excrétion insuffisante ; 4° Irritatiou externe.

Il en résnlte que le traitement varie suivant la cause de la maladie.

L'huile de foie de morue est fort utile chez les gens affaiblis, anémiques ou scrofuleux. On doit la prescrire à la dose de 2 gr., trois fois par jour, ou l'employer en onctions. Le *sirop d'iodure de fer* rend de grands services : la dose varie de 5 à 20 gouttes, suivant l'âge du malade, on peut le donner simultanément avec l'huile de foie de morue. (*Journ. of Amer. med. Sc.*, 10 déc. 1887.)

La *quinine* est très efficace, surtout dans les régions à malaria et dans les cas où l'éruption apparaît au printemps ou à l'automne. On peut la donner dans du sirop d'yerba santa, à la dose de 0 gr. 25 à 0 gr. 15, une ou deux fois par jour.

Quand l'eczéma a pour cause une irritation gastro-intestinale ou la constipation, on obtient une amélioration rapide avec de petites doses de *calomel*, donné seul ou avec du jalap. Le *podophyllin* et le *leptandrin* rendront aussi des services, de même que *l'huile de ricin*, le *sirop de rhubarbe* et le *carbonate de magnésie*. Dans les cas aigus accompagnés de fièvre, *l'aconit* est indiqué.

L'arsenic est parfois utile dans l'eczéma rebelle des adultes, mais, chez les jeunes enfants, non seulement il est inutile, mais même il est dangereux.

Comme *traitement local*, quand la démangeaison est très vive, on peut prescrire les applications suivantes :

Acide phénique........................	0,10 centigr.
Chlorure mercureux....................	0,50 centigr.
Vaseline..............................	15 gr.

Ou bien :

Hydrate de chloral....................	0,25 centigr.
Eau de menthe.........................	15 gr.

On peut employer aussi l'eau froide ou glacée, l'eau blanche avec du laudanum, une solution saturée de bicarbonate de soude.

Quant l'éruption est à l'état subaigu ou chronique et que la peau est couverte de croûtes, il faut les faire tomber avec des cataplasmes d'amidon. Les onguents excitants sont alors indiqués, mais il faut veiller à ne pas produire une inflammation trop violente. Le *sous-nitrate*, *l'oléate de bismuth* ou de *zinc*, en poudre ou en pommade, sont d'excellents remèdes. Il en est de même de la *pommade à l'oxyde de zinc et à l'acide benzoïque* à laquelle on incorpore 25 centigr. de camphre pour 30 gr. de pommade. On a d'excellents

résultats en appliquant avec un pinceau une solution *d'extrait fluide de géranium* après qu'on s'est débarrassé des croûtes.

L'eczéma dû à une irritation externe guérit par la suppression de cette excitation et l'application d'émollients. Les vêtements de flanelle devront ne plus être appliqués directement sur la peau.

(*Rev. gén. de Clin. et de Thérap.*)



120. — Contribution à la question de l'irrigation vaginale continue. (S. Golooucheff. *Medicinskoie obozrenie*, nos 15-16, 1889.) — L'auteur revient à la question de l'irrigation vaginale continue qui, pendant le deuxième Congrès des médecins russes, à Moscou, avait provoqué des discussions très passionnées. Il trouve, à l'irrigation continue, trois avantages : 1° Application continue de chaleur humide ; 2° désinfection continue ; 3° action aspiratrice qui accélère l'éloignement des exsudats. Il n'accepte pas l'opinion du professeur Slaviansky, qui pense que, sous l'influence de l'irrigation continue, le vagin se dilate et forme un « ballon », dont la compression sur les parties voisines pourrait être nuisible. Il (l'auteur) a toujours vu, par l'exploration rectale, que la dilatation du vagin, qui se fait au premier moment où l'eau entre dans le vagin, disparaît immédiatement, dès que le courant en retour s'est établi ; il se fait même une aspiration qui fait adhérer les parois du vagin au tube. L'instrument est très simple : une sonde à double courant, quelques tubes en caoutchouc, un tube en verre replié, à angle aigu, et un grand réceptacle d'eau — un seau, un baquet, etc.

L'auteur a obtenu des résultats très favorables, dans des cas très variés :

1° Abcès pelvien, six semaines après un accouchement. Température 38 et 39°, glace, injections chaudes 3-4 fois par jour, quinine restant sans effet pendant trois semaines ; l'abcès s'est vidé dans le rectum, trois jours après l'installation de l'irrigation continue ;

2° Abcès pelvien, après un avortement ; même résultat après quatre jours d'irrigation ;

3° Abcès du paramétrium, où l'irrigation vaginale ne donna pas de résultat ; l'opération par la paroi abdominale démontra que le pus était collecté trop près des parois abdominales et ne pouvait être influencé par le vagin ;

4° Fibromes multiples de l'utérus gangrenés ; chute de la température en une semaine, expulsion de détritus et de plusieurs fibromes, depuis la grandeur d'une noix jusqu'à celle d'une petite pomme ;

5° Cas tout à fait analogue ;

6° Kyste interligamenteux suppuré, incisé et irrigué d'une façon continue par le drainage ; chute de la température (39°) en deux jours, expulsion de la membrane interne du kyste par lambeaux ;

7° Rétention placentaire, après avortement de cinq mois ; impossibilité de détacher le placenta avec les doigts ou la pince, température à 40° ; le placenta sortit dans la nuit qui suivit l'installation de l'irrigation continue avec l'acide phénique à 1/2 % ;

8° Avortement de quatre mois ; lochies infectes, température à 40° 5. Guérison en quatre jours ;

9° Accouchement à terme ; lochies infectes, température à 39°. Guérison en sept jours ;

10° Avortement de six mois. Rétention d'une partie des membranes. Malgré trois injections intra-utérines par jour, au sublimé, le dixième jour, lochies infectes, température à 39 et 40°. Irrigation continue avec l'acide phénique à 1/2 %, puis avec l'eau pure. Guérison en cinq jours.

Quant au temps pendant lequel on peut laisser l'irrigation continue en place, les avis diffèrent.

Le professeur Snéguireff considère comme maximum 10-12 heures ; le docteur Morvinoff l'a laissée pendant 4-5 jours, même jusqu'à 10 jours, en recommandant de déplacer parfois légèrement le tube vaginal ; l'auteur pense qu'il ne faut pas laisser les choses en place pendant plus de trois heures ; passé ce temps, il faut enlever le tube vaginal, le nettoyer et le réintroduire de nouveau, s'il y a lieu.

Dr CRISTIANI.

(*Gaz. du Gyn.*)

***

121.— Traitement local du cancer de l'utérus. — La majorité des médecins s'accorde assez généralement aujourd'hui à prétendre que le cancer de l'utérus, arrivé à sa dernière période, doit être abandonné à lui-même. Non seulement les destructions de tissus malades, par le curettage, les caustiques ou le fer rouge, sont considérées comme inutiles, mais beaucoup prétendent que l'application du spéculum, les injections, et, à plus forte raison, les pansements, sont dangereux.

Est-il vrai, comme on l'a dit, que l'application réitérée du fer rouge sur les masses carcinomateuses du col, loin de retarder les progrès du mal, ne fait que l'accélérer ? que les pansements et les injections doivent être négligés ? Non certainement. De même qu'ils ne viendrait à l'esprit d'aucun chirurgien d'abandonner le traitement local d'une plaie extérieure, de même il est absurde de laisser sans soins une plaie sous le seul prétexte qu'elle est peu accessible.

Un revirement tend à se faire dans le sens que nous indiquons, et, dans un avenir peu éloigné, sans doute, on s'apercevra que les malades ont tout à gagner d'un traitement local bien institué et prudemment fait, au point de vue moral d'abord, ensuite au point de vue des résultats, qui ne sont pas à dédaigner dans une affection aussi terrible : diminution des écoulements, suppression de leur mauvaise odeur, amoindrissement des douleurs et arrêt dans la marche envahissante du cancer et, comme conséquence, amélioration notable de l'état général.

Depuis plus de dix ans, toutes les cancéreuses qui passent à la clinique du Dr Ménière ont été soignées d'après les données précédentes ; en général, les pansements ont été faits deux ou trois fois par semaine. Dans le principe le tamponnement était pratiqué à l'aide d'ouate imprégnée de substances diverses : solutions d'alun, glycérolé au perchlorure de fer, solutions concentrées de tannin dans les cas où les surfaces saignaient facilement. Solutions phéniquées, thymiques, à la liqueur de Labarraque ou au coaltar saponiné de Le Beuf, quand il y avait beaucoup d'odeur. Tampons imprégnés de glycérolé d'amidon servant de véhicule aux extraits de ciguë, de jusquiame, de morelle, d'extrait d'opium ou quelquefois au chloral, dans les cas où le symptôme douleur était la dominante thérapeutique. Les solutions concentrées de tannin et le coaltar saponiné et Le Beuf étaient les composés qui donnaient en général les meilleurs résultats.

A une époque plus récente, l'acide salicylique, l'acide borique, le bichlorure de mercure, puis enfin l'iodoforme et l'iodol, ont été employés dans les mêmes conditions avec des résultats relatifs.

L'apparition de la charpie de bois et des ouates médicamenteuses semblent aujourd'hui devoir détrôner les moyens précédents, et actuellement Ménière panse toutes ses malades avec l'ouate iodoformée ou l'ouate au perchlorure de fer suivant les indications.

Ces pansements sont pratiqués trois fois par semaine. On fait choix d'un spéculum de dimensions convenables, en s'arrangeant toujours

de façon à écarter les valves avant qu'elles aient touché la surface ulcérée. On pratique rapidement un grand lavage à jet rapide à l'aide d'eau chargée de coaltar saponiné (5 %) ; après quoi des boulettes d'ouate idioformée sont portées, à l'aide de la pince à pansements, dans toutes les cavités et anfractuosités de la plaie ; une boulette plus grosse que les précédentes recouvre le tout et la malade rentre chez elle.

Le pansement est laissé à demeure jusqu'au surlendemain et renouvelé de la même façon. Au bout de peu de temps, l'aspect de la plaie se modifie ; à la couleur grisâtre du sphacèle superficiel succède la coloration normale des bourgeons de bonne nature. L'écoulement d'abord sanieux, fétide, mélangé de parties solides et très abondant, diminue de quantité, perd sa mauvaise odeur et devient aqueux, puis l'état cachectique des malades se modifie. L'auto-infection qu'elles subissaient cesse de se produire, les douleurs diminuent, l'appétit se relève, l'espérance revient, et, peu à peu, certaines malades paraissent entrer en convalescence, et il semble qu'elles vont ressaisir la santé qui les avait fui depuis longtemps. Trompeuse et vaine espérance en réalité ! mais ce résultat apparent n'est-il pas quelque chose, et ne vaut-il pas qu'on mette tout en œuvre pour l'obtenir ?

Notre devoir est de lutter contre le cancer, de même qu'on lutte aujourd'hui contre la phtisie, et nous engageons tous les médecins vraiment dignes de ce nom, de ne pas tourner le dos aux cancéreuses qui implorent leurs secours, comme cela arrive trop souvent, et à essayer le traitement palliatif que Ménière préconise, et dont une expérience très étendue lui permet d'attester les résultats relatifs.

(Extrait du *Formulaire Ménière.*)



122. — Laparo-hystéropexie contre le prolapsus utérin. (Paul Dumoret.) — M. Dumoret insiste sur une division qu'il regarde comme capitale : il classe l'hystéropexie en *fortuite* ou *voulue*.

Le second chapitre est de beaucoup le plus intéressant, car l'auteur traite à fond le manuel opératoire : le *péritoine est ouvert ou il ne l'est pas, d'où la méthode extra-péritonéale et la méthode intra-péritonéale.* Il nous initie aux précautions præ-opératoires en honneur dans le service de son maître M. Terrier à l'hô-

pital Bichat. Il décrit successivement les procédés de M. Terrier) d'Olshausen, de Léopold, de Czerny, de John Philipps, il parle incidemment de quelques modifications proposées par M. Tuffier et d'une opération neuve encore : la *cystopexie*. Pour lui, le procédé de M. Terrier est supérieur à tous. Des planches explicatives au nombre de huit ne font que rendre la lecture de ce chapitre plus attrayante. Il s'occupe ensuite de la substance à employer comme fils fixateurs, il nous montre ce que devient la vessie et s'occupe du traitement post-opératoire.

Au troisième chapitre, « Indications et contre-indications, » prennent place les appréciations des gynécologues les plus autorisés. Les noms de maîtres français, MM. Trélat, Terrier, Segond, sont largement mis à contribution. La question de la grossesse comme contre-indication est posée.

C'est également un chapitre important que celui du parallèle entre les autres opérations. Y figurent des noms connus, MM. Candela, Caxera, Frecend, Kelly, Le Fort, Muller, Péan, Richelot, Saenger, Schuking, Sciyfert, Thomas (de Tours), pour ne relater que les principaux.

Le raccourcissement des ligaments ronds est fortement battu en brèche ; peu partisan également des opérations plastiques sur le vagin, le périnée, le col *en tant qu'érigées en méthodes opératoires*, M. Dumoret repousse énergiquement l'emploi du pessaire. Chaque procédé est l'objet d'une discussion brève, mais expressive et nette. L'auteur relate au chapitre 5, les observations publiées tant à l'étranger qu'en France, leur nombre s'élève à 25, se décomposant ainsi : 11 laparo-hystéropexies de propos délibéré, 14 complémentaires. Sur les 11, 8 succès, 2 *récidives*, 1 *mort*. « Les récidives sont dues à la façon défectueuse dont la méthode a été appliquée, la mort unique relève de l'inobservance de l'asepsie et de l'antisepsie. » L'auteur, dans ses conclusions, regarde l'opération comme *sérieuse, mais non grave*. (*Gaz. des Hôp.*)

***

123. — Traitement antiseptique et sédatif des hémorrhoïdes. — Il consiste à combiner l'emploi de la chrysarobine avec celui de la belladone et de l'iodoforme. M. Kossobudski en a fait usage avec un égal succès contre les hémorrhoïdes internes et contre les hémorrhoïdes externes.

1° HÉMORRHOÏDES INTERNES. — On prescrit des *suppositoires* ainsi formulés :

Chrysarobine	1 gr.
Iodoforme	0,30 cent.
Extrait de belladone	0,50 cent.
Beurre de cacao	20 gr.

F. s. a. pour dix suppositoires.

Un suppositoire chaque jour. Après cinq ou six jours, les douleurs et les tumeurs diminuent. On continue pendant deux mois.

7° HÉMORRHOÏDES EXTERNES. — On lotionne plusieurs fois chaque jour la tumeur hémorrhoïdaire au moyen d'une solution de sublimé au millième ou d'acide phénique au cinquantième, on la panse ensuite avec la pommade suivante :

Chrysarobine	1 gr.
Iodoforme	0,30 cent.
Extrait de belladone	0,50 cent.
Vaseline	30 gr.

F. s. a. une pommade pour l'usage externe.

S. R.

***

124. — Pommade contre les éphélides des femmes enceintes, par le Docteur MONIER. (*Monatshefte für praktische Dermatologie*, 1888, n° 21.) — Cette pommade a pour formule :

Beurre de cacao / Huile de ricin	ãã 75 grammes.
Oxyde de zinc pur	0,30 —
Précipité blanc	0,12 —
Essence de rose	q. s.

M. s. a. — Faire, matin et soir, une application de cette pommade, au siège des éphélides.



125. — Un cas d'urticaire menstruel guéri à la suite de la castration, par le Professeur PICK, de Prague. (*Wiener Medic. Presse*, 1889, n° 31.) — Au Congrès de la Société allemande de dermatologie, qui s'est tenu à Prague, au mois de juin dernier, M. Pick a communiqué l'observation d'une femme de 30 ans qui, à

chaque époque menstruelle, éprouvait de violentes coliques dans le ventre, en même temps qu'elle présentait une éruption ortiée sur une grande partie du corps. Cette femme était affectée d'une oophorite et d'une salpingite doubles, d'origine gonorrhéique. On lui extirpa les deux ovaires avec les trompes. A la suite de cette opération les règles n'ont pas reparu, ni l'éruption ortiée et les douleurs de ventre. La femme a récupéré une santé florissante.



126.—La lithotritie chez les enfants, par Raye et Goldsmith. — Le premier de ces observateurs rapporte trois cas dans lesquels il a obtenu des succès et un autre où l'opération échoua. Le premier et le troisième sont deux enfants de cinq ans. Le troisième opéré était âgé de vingt-trois mois. Il considère cette opération comme le meilleur traitement de la pierre chez les enfants, et insiste sur la rapidité de la guérison et l'absence d'accidents, tout en notant ses difficultés plus grandes que chez les adultes.

M. Goldsmith a réuni vingt-deux observations de lithotritie suivies de succès, dans les mêmes conditions d'âge des malades. Aucun de ces cas n'était exceptionnel, sauf celui d'un enfant dont l'urèthre ne pouvait admettre le cathéter n° 7 de la filière anglaise et dont on dut inciser le méat. Il conclut donc, comme M. Raye, en faveur de cette opération, après laquelle, dans la majorité des cas, le malade est hors de danger après quarante-huit heures.

(*Indian med. Gaz.*, 1887, p. 129 et 130.)

S. R.

⁂

127. — Hémorrhoïdes internes. (Kossubuski.)

Chrysarobine................	08 centigr.
Iodoforme..................	02 —
Extrait de belladone.........	81 —
Beurre de cacao.............	2 grammes.

F. . s. a. Pour un suppositoire.

En trois ou quatre jours, les douleurs et hémorrhagies disparaissent, et il est rare qu'après deux ou trois mois, la guérison ne soit pas complète.

⁂

128. — Action de la teinture d'iode contre le vomissement. — La teinture d'iode, dit M. Cartier, a été employée à l'intérieur pour combattre les vomissements de la grossesse, par différents médecins, entre autres par Lasègue. En 1878, Ollé en faisait le sujet de sa thèse inaugurale. M. Cartier a observé d'excellents résultats de ce médicament. Les malades prennent la teinture d'iode avec plaisir. Il suffit de leur donner X gouttes de cet agent thérapeutique dans 125 grammes d'eau, à prendre en trois fois après les repas. La teinture d'iode, administrée à cette dose, produit, en arrivant dans l'estomac, une sensation de chaleur comme celle que l'on éprouve après avoir avalé une liqueur alcoolique un peu forte.

Le seul inconvénient de cette médication est de produire quelques accidents d'iodisme, de temps à autre.

Les vomissements, dans la tuberculose, sont très bien combattus par ce médicament, qui réussit merveilleusement bien dans les vomissements liés à la gastrite alcoolique, ulcéreuse ou non, à l'ulcère simple, à la grossesse et à la chlorose.



129. — Des irrigations chaudes après l'accouchement, par le Dr Deipser. — Il est des accoucheurs qui pensent que lorsque l'accouchement n'exige ni examens répétés, ni intervention opératoire, il n'est pas nécessaire de pratiquer l'antisepsie des voies génitales, et que ce n'est que lorsqu'on suppose qu'il y a infection qu'il faut faire des irrigations. Immédiatement après l'accouchement il n'existe aucun signe objectif démontrant qu'il y a eu infection. Il est préférable que l'accoucheur agisse comme s'il devait se produire des accidents pendant les suites de couches et prenne ses mesures en conséquence ; s'il attend trois ou quatre jours et que les accidents se produisent, il sera passible de reproches. Une question se pose : quel agent faut-il préférer ? Le sublimé corrosif a donné lieu à des accidents en de certaines mains ; dans d'autres il a fourni d'excellents résultats ; l'acide phénique, pour une raison ou pour une autre, n'est pas populaire auprès des médecins et des sages-femmes ; l'avenir semble être à la créoline. Deipser conseille de faire immédiatement après la délivrance et pendant les six jours suivants des irrigations avec de l'eau à 50°.

La température de l'eau s'oppose à la multiplication des germes ; le

courant de l'eau nettoie la muqueuse des caillots sanguins et autres substances étrangères de la façon la plus simple. En employant les substances antiseptiques ordinaires, le liquide est généralement à la température du sang ; or, cela peut être dangereux en produisant le relâchement de l'utérus. Lorsque l'eau est à la température de 50°, elle agit par irritation et produit la contraction utérine. On peut encore l'employer pour arrêter les hémorrhagies post-partum ou augmenter l'intensité des contractions. Une partie de l'eau chaude pénètre dans l'utérus ; cela ne fait pas de mal, au contraire, car on peut de la sorte fermer les vaisseaux ouverts par irritation directe et, en produisant des contractions utérines, cette eau entraîne en même temps les débris de tissu placentaire qui sont restés.

(*Centralbl. f. Gyn.*, 22, et *Journal de méd. de Paris.*)



130. — Traitement des règles trop abondantes. (RHEINSTADTER.)

Ergotine dialysée....................	10 grammes.
Eau distillée......................	70 —
Glycérine.........................	20 —
Acide salicylique....................	0 gr. 2 centig.

D. S. — Une cuillerée à café diluée dans trois cuillerées à bouche d'eau à injecter dans le rectum une fois par jour, après selle préalable.

(*Gazette de Gynécologie.*)



131. — Coton salicylé pour pansement utérin.

Acide salicylique pur.................	10 grammes.
Alcool concentré....................	100 —
Glycérine.........................	1 gramme.
Coton purifié......................	100 grammes.

On dissout l'acide salicylique dans l'alcool, on ajoute la glycérine ; on imbibe de la solution le coton purifié ; on l'exprime, on le sèche, puis on le détire, et on le conserve dans des flacons bouchés. — Ce coton antiseptique est employé pour les pansements utérins.

⁂

132. — Insomnie nerveuse. (Fronmueller.)

Hydrate d'amylène......................	7 gr.
Eau distillée ou de menthe poivrée........	40 —
Sirop de groseille......................	30 —
Essence de menthe poivrée...............	1 gtt.

M. D. S. — En prendre la moitié le soir.

Tannate de cannabine....................	1 gr.
Sucre..................................	2 —

P. f. pilules n° 4.
S. — A prendre 1 à 2 pilules le soir avant de se coucher.



133. — Suppositoires contre le cancer utérin. (M. De Sinéty.)

Iodoforme........................	1 gramme.
Extrait d'opium....................	0 gr. 50 centigr.
Essence de menthe ou de bergamote.	10 gouttes.
Beurre de cacao....................	10 grammes.

F. s. a. un suppositoire, à introduire dans le vagin, dans le cas de cancer du col utérin. — En cas d'insuffisance de ce remède, on peut prescrire des injections hypodermiques de morphine, préparées avec : sulfate de morphine, 1 gramme ; sulfate neutre d'atropine, 5 centigrammes ; eau distillée, 50 grammes. — On injecte dix gouttes de cette solution au voisinage du grand trochanter, pour calmer les douleurs provoquées par le cancer de la matrice.



134. — Cystalgies rebelles. (Parkinson.)

Carbonate de potasse..................	1 gr. 75.
Bromure de potassium..................	0 gr. 80.
Extrait fluide de gelsemium............	1 c. q. 05.
Eau distillée..........................	50 centil.

Une cuillerée à café trois fois par jour.

⁂

136. — Avortement imminent. (RICHARDSON).

Hydrate de chloral......................... 0 gr. 6
Extrait fluide de viburnum.................. X gtt.

A prendre toutes les demi-heures dans une cuillerée à thé d'eau.

FORMULAIRE

—

Traitement des écoulements névralgiques de l'utérus après la ménopause. (JULES CHÉRON.)

Les écoulements utérins qui surviennent après la ménopause sont un sujet de vive inquiétude pour les malades qui en sont atteintes; si ces écoulements s'accompagnent de douleurs quelque peu intenses dans le ventre et dans la région lombo-sacrée, la crainte de l'épithélioma s'empare de l'esprit et le médecin est consulté.

Ces craintes ne sont que trop souvent fondées quand il s'agit d'écoulements sanguins ou séro-sanguinolents et il y a lieu, en l'absence même de lésions bien nettes du col, du canal cervical et de la cavité utérine — car l'examen, pour être complet, doit porter aussi bien sur le corps que sur le col de l'utérus — de tenir le cas en observation, et de ne pas porter à la légère un pronostic bénin. Il est rare, en effet, que les pertes de sang, survenant un an ou deux ans ou plus tard encore après la cessation complète des règles, ne soient pas en rapport avec un cancer utérin plus ou moins facile à dépister au moment du premier examen.

Le pronostic est tout autre lorsqu'il s'agit exclusivement de pertes muqueuses ou même muco-purulentes, fussent-elles abondantes et accompagnées de violentes douleurs de névralgie lombo-abdominale. On voit souvent en effet chez les malades arthritiques, un refroidissement donner lieu à une névralgie lombo-abdominale très tenace qui, si elle n'est pas soignée dès le début, ne tarde pas à déterminer une congestion chronique de l'utérus avec leucorrhée symptomatique de cet état congestif.

En examinant les malades de cette catégorie, on trouve dans les antécédents de famille et dans les antécédents personnels l'arthritisme sous l'une ou l'autre de ses formes ; la névralgie lombo-abdominale est des plus nettes ; enfin, du côté des organes génitaux internes, on ne constate aucune grosse lésion : le museau de tanche, non induré ni ulcéré, est violacé, quelquefois couvert d'ecchymoses névralgiques caractéristiques, et il se fait un écoulement leucorrhéique à travers l'orifice externe du col. Le curettage d'exploration est négatif aussi bien pour la cavité utérine que pour le canal cervical.

Dans ces conditions, le traitement vient facilement à bout de la douleur et de l'écoulement qui inquiètent la malade.

Les indications sont les suivantes :

1° Combattre l'état arthritique du sujet à l'aide du régime approprié, des bains excitants, des frictions sèches, etc., et à l'aide des alcalins.

On prescrira par exemple :

Salicylate de soude...........	10 grammes.

en vingt cachets

Prendre deux de ces cachets à chaque repas.

2° Combattre la névralgie lombo-abdominale au moyen des pointes de feu sur la région lombo-sacrée ou au moyen de frictions sédatives avec :

Chloroforme.............	10 grammes.
Ether....................	15 grammes.
Alcool camphré..........	90 grammes.

3° Enfin, s'attaquer directement à la congestion utérine en faisant pratiquer deux fois par jour des injections vaginales d'eau chaude à 45°.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE
DES
MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

LE TRAITEMENT DES ABCÈS TUBO-OVARIENS A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE ET A LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Sous la savante et judicieuse direction de son rédacteur en chef, ce journal n'a cessé de défendre, un seul jour, la gynécologie conservatrice, sans se laisser influencer par les affirmations des partisans de la laparotomie dans tous les cas et sans se laisser éblouir par les progrès incontestables, au point de vue du manuel opératoire, de la chirurgie abdominale. Nous avons la ferme conviction que les idées que nous défendons ici finiront par triompher, parce qu'elles sont appuyées sur l'observation consciencieuse des malades et ne sont que l'application, à la gynécologie, des principes généraux de la thérapeutique médicale et chirurgicale. Déjà nous avons pu assister au revirement qui s'est fait, dans ces derniers mois, au point de vue du traitement radical des tumeurs fibreuses; déjà nous avons noté, avec une vive satisfaction, l'extension prise par le curettage utérin dans la cure des endométrites et même de phlegmasies péri-utérines. On ne parle plus aujourd'hui de castrer toutes les malades atteintes de salpingo-ovarites; les salpingites catarrhales, les hydro-salpinx qui n'ont pas acquis un volume énorme guérissent, de l'aveu de tous, sans ablation des annexes ; la question n'est plus controversée que pour

les hémato-salpinx, pour les abcès tubo-ovariens et pour les salpingites tuberculeuses. Il y a une tendance assez marquée à traiter par l'incision vaginale et le drainage les hématocèles rebelles et suppurées, plutôt qu'à les attaquer par la voie abdominale. Enfin, il est probable que les diverses variétés d'hystéropexie, dont les résultats éloignés sont encore discutables, seront abandonnées quand on saura quels succès durables, on obtient par le massage pelvien, dans les déviations utérines et dans les adhérences des organes pelviens.

Parmi les questions à l'ordre du jour, que nous venons de passer en revue, celle des abcès pelviens vient d'être l'objet de communications très intéressantes à l'Académie de médecine et à la Société de chirurgie. Nous ne parlerons ici que des abcès tubo-ovariens, pour ne pas trop étendre notre sujet.

M. Péan (Académie de médecine, séance du 8 juillet 1890), résume ainsi la question des salpingites purulentes :

« Les suppurations légères des trompes, dit-il, peuvent guérir par la dilatation simple de la cavité utérine. Lorsqu'elles sont enkystées, récentes, petites, sans adhérences, la castration tubo-ovarienne est recommandable. Si la tumeur est adhérente au bord correspondant de l'utérus, on peut l'atteindre en désinsérant le vagin, en décollant le péritoine, en incisant, en drainant le foyer et obtenir une guérison rapide par les lavages antiseptiques. Si la poche salpingienne est volumineuse, bilatérale, très adhérente aux organes voisins, les moyens sont souvent insuffisants et il est préférable de recourir d'emblée à la castration utérine vaginale, qui ouvre une large voie au pus, permet de pratiquer des lavages antiseptiques et de guérir plus promptement, plus sûrement les malades. »

Nous notons avec plaisir la concession faite, par M. Péan, aux partisans du traitement intra-utérin des suppurations légères des trompes, M. Walton, qui a préconisé le premier cette méthode, en a même montré les avantages dans des cas de gros abcès tubaires, ainsi que nous l'avons rapporté dans notre revue de septem-

bre 1888. M. Chéron a de même guéri, par la dilatation et le curettage, un cas de pyo-salpingite aiguë assez volumineuse qui va être prochainement publié dans la thèse d'un de ses élèves, M. Cuellar.

Il reste, il est vrai, les collections purulentes des trompes enkystées, auxquelles la méthode de M. Walton n'est pas applicable ; mais, d'abord, elles sont déjà plus rares, d'après ce qu'il m'a été donné d'observer, que les collections susceptibles d'être vidées par l'utérus. Pour ma part, j'aurais de la tendance à laisser ces petites collections bien enkystées, et, par suite, sans grand dommage pour la santé, soit de se résorber peu à peu sous l'influence de la révulsion, des injections chaudes, des transfusions hypodermiques, etc., soit, si ces moyens échouent, se développer assez pour qu'on puisse les ponctionner soit par le vagin, soit par l'abdomen, suivant le point vers lequel elles viendraient proéminer. Néanmoins, le conseil donné par M. Péan de les traiter par la laparotomie est très défendable; il est incontestable, en effet, que la mortalité est peu élevée dans ce cas spécial, et que, d'autre part, la guérison est incertaine par le traitement médical.

Ou nous suivons plus volontiers encore le chirurgien de Saint-Louis, c'est lorsqu'il préconise l'incision vaginale et le drainage dans les kystes adhérents, surtout lorsqu'ils ont de la tendance à proéminer du côté du vagin. On se trouve alors dans les conditions les plus favorables pour l'évacuation et la guérison des abcès, puisque l'incision est faite au point le plus déclive et que le drainage est facile à établir.

Quant à la dernière catégorie de faits, dans lesquels M. Péan pratique l'hystérectomie vaginale, comme moyen d'ouvrir une large voie au pus, il peut sembler que c'est dépasser le but, mais, lorsqu'il existe des clapiers multiples, il n'y a pas de méthode plus rationnelle et, avec l'habileté opératoire de l'auteur, de méthode plus inoffensive. En effet, le morcellement permet d'enlever l'utérus sans danger et même sans perte de sang ; tous les clapiers purulents sont largement ouverts et le drainage se fait, au point déclive, dans les conditions les plus favorables. Mais les cas où l'hystérectomie est nécessaire sont exceptionnels et ils le

deviendront chaque jour davantage, si on apprend à soigner les malades dès le début de leur affection pelvienne.

Quelques jours avant la communication de M. Péan à l'Académie de médecine, M. Bouilly faisait à la Société de chirurgie (séance du 2 juillet 1890) une communication non moins intéressante sur l'incision vaginale des abcès tubo-ovariens. Il ne préconise, pour le moment, ce mode d'intervention que dans les cas où l'état général des malades est trop grave pour qu'on puisse faire la castration sans danger. Or, les résultats qu'il a obtenus, dans ces cas mauvais, ont été excellents, c'est donc un grand éloge de l'incision vaginale, et il est logique, par conséquent, d'étendre les indications de cette dernière, au détriment de la laparotomie.

Au point de vue des observations de M. Bouilly, nous relevons seulement le fait suivant : « Une des malades, dit-il, avait une double salpingite, plus avancée cependant du côté gauche ; je fis l'incision de ce côté seulement, à droite je n'ai rien fait ; aujourd'hui la malade est guérie du côté gauche ; du côté droit elle ne souffre plus et l'on ne trouve presque plus rien ».

Pour ne pas allonger outre mesure cette revue, nous nous contenterons de reproduire le manuel opératoire suivi par M. Bouilly : « Le manuel opératoire, dit-il, n'est guère différent de celui que l'on emploie pour ouvrir les abcès des culs-de-sac vaginaux ; cependant on doit chercher par la pression abdominale à abaisser la collection jusqu'au contact de la paroi vaginale.

L'anesthésie est indispensable, moins pour éviter la douleur que pour faciliter le refoulement, premier temps de l'opération. Sur le doigt laissé en place je glisse un trocart ; la ponction est faite dans la demi-zone postérieure et latérale au col. Sur le trocart je glisse un bistouri qui incise jusqu'à la poche. On peut aussi dilater l'orifice ainsi créé par une pince, afin d'éviter les artères vaginales. Un gros drain est placé dans l'incision et la poche lavée convenablement. La cicatrisation s'est faite rapidement en quinze jours ; à la suite, on sent à la place de la poche un petit cordon induré. Dans un cas (sur six) il a persisté une

fistule vaginale, de date encore trop récente pour que l'on puisse savoir ce qu'il adviendra. »

On verra, d'après les comptes rendus que nous publions plus loin, que la communication de M. Bouilly a été reçue sans grand enthousiasme à la Société de chirurgie. Il ne pouvait en être autrement. Pour nous, nous croyons qu'on aurait intérêt à recourir plus souvent aux incisions vaginales suivies de drainage et de lavages antiseptiques dans tous les abcès pelviens proéminents dans le vagin ou susceptibles d'être amenés, par la pression abdominale, au contact des parois du vagin. Dans ces cas, en effet, l'intervention ne présente pas de difficultés ; les six observations de M. Bouilly, les deux de M. Després, enfin, quoique moins bonnes, celles de MM. Routier et Reclus sont, en définitive, très favorables à l'incision vaginale. C'est un mouvement de recul vers les errements anciens, diront sans doute quelques laparotomistes quand même ; nous croyons au contraire que c'est un progrès que de revenir au traitement qui est à la fois le plus rationnel et le moins dangereux.

JULES BATUAUD.

LE DRAINAGE DE LA CAVITÉ UTÉRINE

Par les voies naturelles,

Par le Dr JULES CHÉRON, Médecin de Saint-Lazare.

—

Les connaissances relatives à la gynécologie font d'autant plus de progrès chaque jour que cette partie de la pathologie est restée plus longtemps en retard et ne tend à s'éclairer que depuis un petit nombre d'années.

Par l'application des principes de la méthode antiseptique, la grande chirurgie, en étendant son domaine, a appelé l'attention sur les résultats inespérés qu'elle obtient aujourd'hui, en gynécologie, avec une sécurité remarquable, dans nombre de cas, récemment encore abandonnés à la mort.

Mais à côté de cette grande chirurgie spéciale, que je viens de

citer, il existe une chirurgie moins brillante mais non moins utile et une intervention manuelle du ressort de la petite chirurgie, qui, elle aussi, s'enrichit sans cesse de moyens ou de procédés nouveaux, utiles à connaitre, utiles à pratiquer.

Le drainage de la cavité utérine par les voies naturelles est au nombre de ces derniers procédés.

Il fut pratiqué dans un but tout différent de celui qui nous occupe, pour la première fois par Greenhalgh, et, quelque temps après, par Cogklan alors que l'un et l'autre cherchaient le moyen de modifier la surface sécrétante du canal cervical par le contact des parois d'un tube métallique. Ce tube qui drainait forcément la cavité utérine, était destiné à faciliter, dans les cas de cervicite catarrhale l'entrée de la liqueur fécondante dans l'utérus.

Marion Sims, dans ses notes cliniques sur la chirurgie utérine dans ses rapports avec le traitement de la stérilité (1), décrit la tige intra-utérine de Greenhalgh qui, dit-il, a l'avantage de rester d'elle-même en place, et de permettre, parce qu'elle est tubulaire, aux sécrétions de s'échapper de la cavité utérine.

Cet instrument a 6 centimètres de longueur environ. On l'introduit, en ayant soin de ramener ses ailes sur la ligne médiane, au moyen d'un stylet. Lorsqu'il a pénétré à la profondeur voulue, on retire le stylet, les ailes s'écartent dans la cavité utérine, l'orifice interne saisit l'instrument à sa bifurcation, tandis que la partie inférieure repose sur le museau de tanche. On ne l'employait qu'après l'incision du col ou après la dilatation.

Coghlan (2) utilisait dans le même but un tube de feuilles de plomb avec lequel Marion Sims obtint lui-même de très bons résultats dans le traitement de la stérilité.

Ce fut en mars 1883 seulement que le D[r] Schwarz, assistant de la clinique gynécologique de Halle, fit connaitre les résultats de ses tentatives rationnelles de drainage de la cavité utérine.

(1) Paris, 1866, p. 472.

(2) On dysmenorrhœa and sterility, With Woodcuts of new instrument (*Med. Times and Gazette*, 1861, 1862, 1864).

Aussitôt que j'en eus connaissance, je mis cette question en pratique dans mon service de Saint-Lazare et, dans l'espace de six années, après avoir créé un drain nouveau et une instrumentation indispensable, j'appliquai le drainage de l'utérus dans 124 cas, dont voici plus loin le tableau statistique. En 1886, un de mes élèves, M. Reilhac, m'ayant manifesté le désir de faire sa thèse (1) sur ce sujet dont il m'avait à plusieurs reprises entendu vanter les résultats, je mis, avec plaisir, à sa disposition, mes malades et le manuscrit de ce travail, c'est donc en toute connaissance de cause que cette thèse fut rédigée.

Voilà tout ce qui a été publié, jusqu'à ce jour, sur la question !

STATISTIQUE.

1.	Aménorrhée	8 cas.
2.	Dysménorrhée	12 —
3.	Congestion chronique (période d'infiltration de la métrite chronique)	7 —
4.	Endométrite fongueuse hémorrhagique avec subinvolution	13 —
5.	Endométrite purulente avec subinvolution	16 —
6.	Endométrite avec rétroflexion	6 —
7.	Endométrite cervicale (catarrhe cervical)	9 —
8.	Evolution morbide de la muqueuse du canal cervical (ectropion double)	6 —
9.	Drainage après curettage	35 —
10.	Drainage après opération de sténose	9 —
11.	Endométrite exfoliante (dysménorrhée membraneuse)	3 —
	Total	124 cas.

J'ai limité ma statistique à ces 124 cas, ayant pris soin d'éliminer tous ceux que je n'ai pu suivre. Parmi ces derniers, il y a malheureusement deux drainages de dysménorrhée membraneuse (endométrite exfoliatrice). Cette dernière question est d'au-

(1) Thèse de Paris, 1886.

tant plus digne d'attention que tous ceux qui s'occupent de gynécologie savent combien la guérison de cette maladie est difficile, même, comme on l'a proposé récemment, par une série de raclages énergiques de la cavité utérine et l'injection de teinture d'iode souvent répétée.

Je souhaite que l'étude que je vais faire de cette intéressante question du drainage, entraîne dans la même voie quelques-uns de ceux que leur situation, à la tête d'un service de maladies des femmes, met à même de poursuivre ces recherches qui viendront, j'ose l'espérer, confirmer les résultats obtenus dans mon service de Saint-Lazare.

Le drainage (1) chirurgical, tel que l'a conçu et vulgarisé Chassaignac, est représenté par deux opérations successives, qui ont pour but, la première de favoriser l'écoulement des collections purulentes ou du contenu des kystes à l'aide d'ouvertures disposées à cet effet, la seconde d'assurer la facilité de cet écoulement avec le secours de tubes élastiques, qui, introduits par les ouvertures chirurgicales, maintiennent béants les trajets.

Dans l'exposé de sa méthode, Chassaignac n'oublia pas le drainage des cavités naturelles ; aussi proposa-t-il de traiter la vessie atteinte de catarrhe purulent, lorsque les forces du malade s'épuisent avec rapidité ou lorsque le catarrhe résiste à toute espèce de traitement, comme on traite aujourd'hui les collections purulentes, par une double ponction et le passage d'un drain destiné à favoriser l'écoulement du pus et le lavage de la cavité, sans user de l'orifice naturel qu'il reconnait insuffisant.

Il y a lieu de s'étonner de voir les chirurgiens américains considérés comme les promoteurs du drainage des cavités naturelles. C'est à Chassaignac que l'idée première en est due. Il n'en fit pas, il est vrai, une large application, comme ces derniers qui n'ont pas craint, à l'exemple d'Emmet, de traiter le catarrhe vé-

(1) Le mot drainage, de l'anglais to drain « faire écouler, mettre à sec » exprime une opération d'agriculture dont le but est l'assèchement des terrains humides. Chassaignac a fait passer cette expression dans la science, en désignant ainsi une méthode chirurgicale dont le but est l'assèchement des foyers purulents.

sical purulent au moyen de fistules vésico-vaginales artificielles. Il n'en reste pas moins le promoteur de l'extension de sa méthode au drainage des cavités naturelles.

Depuis lors Holt et Mathieu ont laissé à demeure, pendant des semaines, des sondes en argent ou en caoutchouc durci. Fritsch a conseillé de laisser en place dans la vessie des tubes à drainage, et Vélasco de Nice remplaça les drains élastiques par une bougie filiforme d'un mètre de longueur, qu'il introduisait par l'urèthre, en le faisant s'enrouler pour la laisser en place pendant plusieurs jours.

Tous ces essais ont donné de brillants résultats dans le catarrhe purulent de la vessie.

Aucune autre tentative de drainage des cavités naturelles ne fut faite à notre connaissance, jusqu'en 1883, époque à laquelle le Dr Schwarz, assistant de la clinique gynécologique de Halle pratiqua pour la première fois le drainage de la cavité utérine.

Ce fut surtout dans le but de favoriser l'écoulement des matières secrétées, retenues dans la cavité utérine par boursoufflement de la muqueuse ou par flexion à l'union du col et du corps de l'organe, que le Dr Schwarz « de Halle » (1) fit ces tentatives. Il espérait pouvoir substituer ce moyen nouveau à la dilatation du canal cervical, aux applications topiques directement faites sur la muqueuse utérine et aux irrigations intra-cavitaires, à l'aide des liquides antiseptiques, lorsque ces moyens sont employés dans le but de permettre l'écoulement des produits de sécrétion, accumulés dans la cavité de l'organe ou d'en tarir la source.

Les premiers essais faits avec des tubes à drainage, ne furent pas couronnés de succès, aussi, abandonna-t-il la question, pour la reprendre plus tard, alors qu'il eut substitué aux tubes en caoutchouc des tubes en fils de verre tressés et ensuite un pinceau mince de fils de verre. (2).

(1) Schwarz. — Drainage des nicht puerperalem uterus « centralblatt fur gynakologie, 13 marz 1883 ».

(2) On trouve dans le commerce du verre sous la forme de fils soyeux, flexibles et suffisamment résistants.

L'auteur obtint de bons résultats surtout dans les cas de catarrhe, de dysménorrhée et d'aménorrhée, avec ou sans régression incomplète de l'utérus.

Après la lecture de la communication du Dr Schwarz « de Halle », je compris tout le parti que la gynécologie pourrait tirer d'un pareil moyen, et je m'empressai de faire rassembler et réunir à la base, à l'aide d'une substance adhésive, des fils de verre de toutes les provenances. Mais, quelle déception !

Ces pinceaux de fils de verre abandonnaient une poussière fine, résultant de fragments minuscules visibles à la loupe, s'infiltrant dans les plis de la peau des mains et du visage de l'opérateur et produisant une irritation excessive de l'utérus et du vagin, avec écoulement leucorrhéique et démangeaisons insupportables à la vulve.

Le drainage de l'utérus, dans ces conditions, me sembla dépasser ce qu'on demande à un moyen thérapeutique « *primo non nocere* » et faire acheter trop cher les résultats annoncés.

Théoriquement le drainage de l'utérus devait être accepté ; il s'agissait de le pratiquer d'une manière simple et rapide, et de trouver une substance, à l'aide de laquelle on put faire des drains d'une introduction facile, susceptibles de rester en place, inaptes à léser l'utérus ou les organes voisins, aseptiques et imputrescibles.

Je pensai, d'abord, aux fils d'amiante. Je fis faire des pinceaux, des cordes tressées : le résultat fut déplorable. Aussitôt après l'introduction qui se faisait avec une très grande difficulté, le pinceau ou la corde étaient rejetés au dehors. J'abandonnai l'amiante, et, après avoir essayé sans succès du caoutchouc, des soies de sanglier, des crins de cheval, du catgut, des poils de blaireau, j'eus l'heureuse idée d'employer le crin de Florence.

Le crin de Florence, que les chirurgiens emploient depuis quelque temps à faire des ligatures, et qu'une dénomination im-

propre pourrait faire prendre pour un crin quelconque, n'est autre que la glande sétigère du ver à soie, déroulée, lavée et séchée. L'emploi industriel de ce produit est surtout relatif à l'usage qu'en font les pêcheurs à la ligne. Il se présente sous la forme d'un fil cylindrique, raide sur une petite longueur, élastique, brillant d'un aspect corné et d'un diamètre variant de 35 à 45 centièmes de millimètre. Tel qu'il est livré par le commerce, le crin de Florence n'est pas aseptique. Il n'acquiert cette propriété que lorsqu'il a macéré pendant quelques semaines, dans une solution alcoolique antiseptique. La solution à laquelle nous avons donné la préférence pour cette préparation est la solution alcoolique d'acide picrique à 10 pour cent. Lorsque le crin de Florence est resté pendant cinq à six semaines, immergé dans cette solution ; il prend une belle couleur jaune d'or, et il devient plus souple ; mais, lorsqu'il en a été retiré et abandonné à l'air, il prend par la dessication, une fermeté supérieure à celle qu'il avait auparavant, propriété très utile pour l'introduction du drain, dont voici la composition, dans la cavité utérine.

Description du drain.

Des brins de crin de Florence d'une longueur de 8 centimètres sont ligaturés à une de leurs extrémités avec un fil de platine, de 1/20e de millimètre de diamètre et les deux ligatures, placées à quelques millimètres de distance sont recouvertes, ainsi que le moignon qu'elles enserrent, d'un ciment qui résiste à l'eau et à la température humaine (fig. 1 D).

Puis, les brins sont recourbés à leur extrémité libre, sur une longueur de 8 à 10 millimètres formant une sorte d'érigne divergente à griffes multiples qui empêchent, en s'écartant, la chute du drain mis en place.

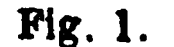


Fig. 1.

Mais l'action de ce drain en érigne s'exerçant sur la cavité utérine avec une intensité suffisante pour amener souvent une perte de sang plus ou moins abon-

dante (1) je fis construire une deuxième sorte de drain dont le contact avec la muqueuse utérine devait être beaucoup moins irritant.



Fig. 2.

Ce drain « drain en anse » (fig. 2 D') se compose comme le précédent, de brins de crins de Florence mais d'une longueur double et repliés sur eux-mêmes de façon à former une grande boucle oblongue que sa grande tendance à revenir vers la forme elleptique maintient dans la cavité utérine sans violence.

Enfin, dans ces derniers temps, voulant rendre plus facile l'introduction comme l'extraction des drains en érigne ou en anses, je les ai munis d'un plateau en aluminium d'abord, en caoutchouc durci ensuite et maintenant en celluloïde ce qui leur donne une plus grande légèreté. Ce plateau, vu de face a la forme d'un anneau à bords mousses de un centimètre et demi de diamètre extérieur, et il est muni, à son centre, d'un petit cylindre creux dans lequel est fortement assujetti le sommet du drain en anse ou en érigne.

Grâce à ses bords mousses, ce plateau ne peut nullement blesser la muqueuse des lèvres du col même lorsque celles-ci sont le siège d'un ectropion. Bien plus, dans ce dernier cas, le plateau a l'avantage de soustraire les ectropions aux frottements qu'ils pourraient subir contre les parois du vagin, puisque étant indissolublement relié au drain qui est dans la cavité utérine, le plateau suit forcément le col dans tous ses déplacements en avant et en arrière, déterminés par les alternatives de plénitude et de vacuité de la vessie. Ce n'est pas un avantage à dédaigner, étant donné le rôle que jouent les irritations des ectropions anciens dans le développement de l'épithélioma du col, ainsi que Breisky l'a si bien démontré.

L'adjonction de ce plateau permet enfin de simplifier le porte-

(1) Le contact irritant des pointes de l'érigne amène une perte de sang par action topique ; cela explique les succès que Schwarz « de Halle » dit avoir obtenus dans certains cas d'aménorrhée et de dysménorrhée à l'aide de drains en fil de verre dont le contact est extrêmement irritant.

drain ainsi que le manuel opératoire de l'introduction des drains. Mais voyons d'abord comment le problème peut être résolu avec les drains non munis de plateau.

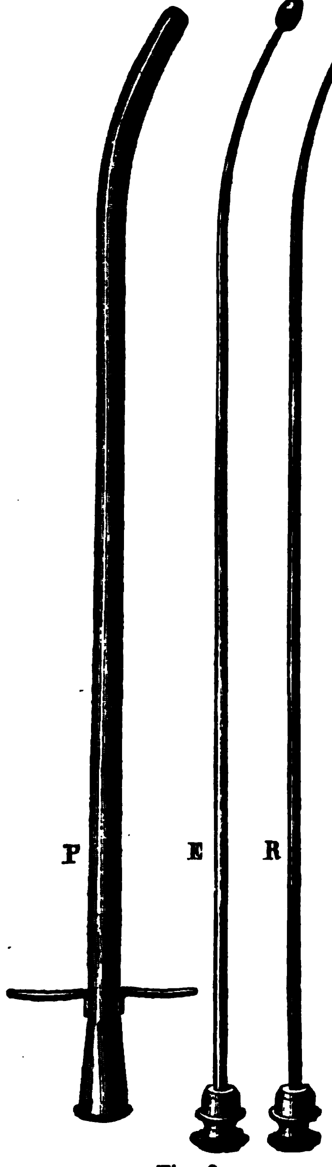


Fig. 3.

Porte-drain utérin.

Il s'agissait de porter le drain jusqu'au fond de la cavité utérine, sans dommage pour celle-ci et pour le canal cervical, sans violence et sans difficulté, sans dilatation préalable si possible.

Après de nombreux essais de pinces fines, de stylets porte-méches de toute sorte, de moitié de tubes accolés et s'ouvrant ensuite pour laisser échapper leur contenu, j'avais fait comme la plupart de ceux qui cherchent un moyen facile, j'avais commencé par la difficulté. Enfin j'en vins au moyen le plus simple, celui par lequel j'aurais dû commencer, aux porte-drains, tels que les suivants :

Le premier modèle est un tube creux en argent (fig. 3 P) muni à sa base d'un pavillon de même métal, ayant la courbure de la sonde utérine et susceptible d'admettre dans son intérieur les deux mandrins que je décrirai bientôt. Pour l'employer, il faut mettre la malade dans une position qui fasse prendre à l'axe utérin la direction de l'axe du vagin, c'est-à-di-

re, la placer dans le décubitus dorsal, les membres inférieurs écartés, les jambes fléchies sur le bassin.

Lorsque, pour une raison quelconque, on ne peut donner cette position à la malade, je me sers d'un autre modèle de porte-drain (fig. 4 P') dont le tube a la courbure utérine et la courbure périnéale ce qui rend facile l'introduction de l'instrument, en laissant la malade dans la position dorsale pour l'examen au spéculum.

Ces deux instruments creux admettent, avons-nous dit, deux mandrins dont voici la description.

Le premier (EE') est formé d'une tige flexible, terminée à son extrémité inférieure par un bouton conique qui s'emboîte dans le pavillon et à son extrémité supérieure par une olive qui fait embout et facilite l'introduction du porte-drain aussi profondément qu'on le désire.

Le second (RR') qui est aussi formé d'une tige flexible est muni à son extrémité inférieure d'un bouton conique semblable au premier et, à son extrémité supérieure, d'un petit cylindre métallique, destiné à faire chemi-



Fig. 4.

ner le drain le long du tube et à le chasser dans l'utérus.

Le porte-drain est notablement simplifié si l'on emploie les drains à plateau que je décrivais en dernier lieu ; c'est un simple tube ayant la simple courbure utérine muni d'une fente longitudinale sur une longueur de 8 à 9 centimètres à l'une de ses extrémités, tandis que l'autre donne passage au mandrin.

Le tube creux possède un calibre intérieur calculé de façon à donner facilement passage au drain lui-même et,réciproquement, la gouttière creusée dans le plateau du drain est assez large pour qu'il puisse glisser sans frottement le long du porte-drain.

Une fois que le porte-drain, chargé au préalable d'un drain à plateau aura été introduit dans l'utérus il suffira de pousser le plateau avec le mandrin jusqu'à lui faire abandonner complètement l'instrument, en le laissant en place dans la cavité utérine.

Les autres précautions à prendre sont identiques, quel que soit l'appareil employé et peuvent se résumer dans les principes suivants :

Mode d'emploi du porte-drain. — Lorsqu'on veut placer un drain dans la cavité utérine, on doit d'abord pratiquer avec douceur le cathétérisme, à l'aide de l'hystéromètre et laisser en place cet instrument pendant quelques instants. Puis, aussitôt le cathéter retiré on pousse à sa place le porte-drain armé de son mandrin. Lorsque celui-ci est dans la cavité utérine, on maintient en place, d'une main, le tube porte-drain et de l'autre on retire le mandrin à bout olivaire. On place ensuite le drain dans le tube et on le pousse doucement jusque dans le fond de la cavité utérine, avec l'autre mandrin,en retirant doucement le tube à mesure que le drain s'échappe par l'extrémité supérieure et vient prendre sa place dans la cavité utérine.

Je n'ai pas besoin de dire que si l'introduction du porte-drain semblait difficile par suite de l'étroitesse du canal cervical ou de l'isthme il faudrait au préalable lui ouvrir la voie au moyen des dilatateurs métalliques à branches, plutôt que de violenter l'utérus ou de blesser la muqueuse utérine.

Si on fait usage du drain à plateau, il faudra d'abord armer le porte-drain, c'est-à-dire introduire le drain dans la rainure, porter l'instrument au fond de la cavité cervicale et après cela se servir du mandrin pour pousser le drain qui entre et reste sans difficulté dans la cavité utérine.

Action physiologique du drainage de l'utérus.

Lorsqu'on introduit une sonde dans un utérus dont le col est très coloré par un état de congestion passive, entretenu ou non par un ectropion cervical, et qu'on agace la muqueuse en agitant un peu la sonde dans tous les sens, on voit le col et l'ectropion pâlir très rapidement, le col diminuer de volume, « ce qu'on démontre à l'aide du cervicimètre » et enfin la sonde se mouvoir moins librement dans la cavité. Que s'est-il passé ? La stimulation de la muqueuse a produit un phénomène reflexe en vertu duquel les vaisseaux se sont contractés, en déterminant une décongestion de l'utérus, d'où résulte une décoloration perçue sur le col. Comme autre conséquence se produit la diminution de volume et la diminution d'ampleur de la cavité.

Dans un cas d'ectropion ulcéré d'un col violacé et gros mesurant 0,042 millimètres au cervicimètre, dans le sens transversal avec agrandissement de la cavité utérine qui mesure 0,09 centimètres, agrandissement qui résulte d'une régression incomplète de l'utérus, le cathéter est introduit et mis en contact avec de nombreux points de la muqueuse, en le tournant dans toutes les directions.

Après une demi-minute de cette manœuvre le cervicimètre ne donne plus que 39 millimètres pour le diamètre transversal du col mesuré aux mêmes points. Le cathétérisme, pratiqué avec l'hystéromètre gradué, démontre la diminution de longueur de la cavité utérine : 86 millimètres, c'est-à-dire 4 millimètres en moins.

Deux jours après, un thermomètre ayant le volume et la courbure de la sonde utérine est introduit dans l'utérus, avec douceur, dans le but de respecter la réaction des parois. La colonne

de mercure atteint promptement 38,4 et s'y maintient. Si on remplace le thermomètre par l'hystéromètre avec lequel on touche à plusieurs reprises les parois de la cavité, comme précédemment, le col diminue de volume, sa coloration s'atténue, l'ampleur de sa cavité se restreint et alors, si on introduit le thermomètre à la place du cathéter, on constate un abaissement de température de 5 dixièmes de degrés « 37,9. »

A quel phénomène physiologique peut-on attribuer ces diverses modifications, décoloration du col, diminution de volume, diminution de la cavité utérine, abaissement de la température?

Il est logique d'avancer, étant donné la connaissance de la physiologie des vaso-moteurs et des centres d'innervation vaso-motrice, que l'excitation des parois utérines par le bec de la sonde, transmise à la moelle se réfléchit sur les nerfs moteurs des vaisseaux et détermine l'astriction de ces derniers qui représentent, avec les lymphatiques, au moins un tiers de la masse de l'organe. Les fibres lisses du parenchyme utérin, probablement en même temps que les parois musculaires de l'organe, reçoivent par action réflexe une stimulation de même nature, qui vient concourir à la diminution de volume de l'utérus. Mais, s'il est permis d'affirmer que les vaisseaux subissent une diminution de calibre que la décoloration traduit à l'œil, il n'est pas possible de démontrer que l'excitation de la muqueuse transmet au parenchyme une action réfléchie qui en détermine la contraction. C'est une probabilité et rien de plus. La décongestion d'un organe si riche en vaisseaux suffit pour expliquer la décoloration, la diminution de volume, la diminution d'étendue de la cavité, l'abaissement de la température.

Lorsqu'un instrument, un corps étranger quel qu'il soit est introduit dans la cavité utérine, la sensibilité de l'organe est mise en jeu et se traduit par une douleur assez intense et assez pénible que les malades rapportent à l'utérus lui-même et que la plupart désignent sous la dénomination de coliques. C'est la spontanéité de son apparition, sa forme rémissive et l'analogie qu'elle présente avec les douleurs qui accompagnent les flux intestinaux qui fait désigner ainsi ce genre de douleurs, auquel on a d'ail-

leurs réservé le nom de coliques utérines. En même temps que s'éveille la douleur, et que les autres phénomènes mentionnés précédement se présentent, on voit sourdre au méat cervical, une sécrétion muco-purulente, d'autant plus abondante que la cavité utérine est plus agrandie et que la muqueuse est plus atteinte. Si l'hystéromètre est introduit dans un utérus en régression incomplète, alors que la muqueuse n'a pas encore subi une altération notable, la sécrétion qui se produit abondamment, sous cette influence, est formée d'un mucus hyalin tenace et filant qui est fourni par les glandes du col, et d'un autre liquide séro-muqueux qui appartient aux glandes de la cavité utérine.

Il résulte de l'ensemble de ces faits d'expérimentation que toute excitation, portée et maintenue pendant quelques instants sur la muqueuse de la cavité utérine, détermine :

1° Une décoloration du col très facilement appréciable au fond du spéculum.

2° Une diminution de volume du col que le cervicimètre détermine d'une façon numérique.

3° Une diminution d'ampleur de la cavité utérine et par conséquent du corps de l'utérus, jugée par l'hystéromètre, qui vient à se mouvoir beaucoup moins facilement.

4° Un abaissement de température susceptible, dans les cas morbides, (les seuls dont il soit d'ailleurs question dans ce travail) de dépasser un degré.

5° Un éveil de sensibilité de l'organe qui se traduit par des coliques utérines peu intenses.

6° Une exagération immédiate de sécrétion des muqueuses du col et du corps de l'utérus.

L'ensemble de ces phénomènes résulte de la stimulation de la muqueuse utérine (action topique), qui par ses nerfs de la vie organique ou par ses nerfs sensitifs, transmet à la moelle une action qui est réfléchie par les nerfs vaso-moteurs sur les muscles des parois des vaisseaux et, probablement aussi, sur le tissu musculaire du parenchyme par les nerfs si bien décrits par Frankenhaüser.

Voilà les phénomènes qui se produisent, lorsque une sonde utérine est portée, pendant quelques instants dans la cavité utérine.

Maintenant quels sont les phénomènes qui se produisent lorsque le corps étranger « le drain » introduit dans l'utérus, y est abandonné pendant des jours et des semaines?

Lorsqu'on pousse jusqu'au fond de la cavité utérine, un drain en griffe ou en anse, l'introduction du porte-drain produit les mêmes effets que l'hystéromètre et les phénomènes s'accentuent, lorsque le drain laissé en place vient exciter directement la muqueuse. Il se produit dès lors deux actions bien différentes :

1° L'action topique comporte le drainage d'une part et d'autre part la modification de la muqueuse par contact. Cette action sera d'autant plus marquée que le drain sera plus irritant et nous avons vu qu'avec le drain en érigne, elle peut aller jusqu'à déterminer une hémorrhagie utérine ; de là les applications de cette forme de drain au traitement des aménorrhées. Elle est beaucoup plus faible avec le drain en anse, c'est pourquoi je donne la préférence à ce dernier dans la plupart des cas. L'action de drainage proprement dit est du reste la même quelque soit le drain employé.

2° L'action réflexe est non moins importante et c'est sur elle qu'il est le plus nécessaire d'insister.

Tout d'abord le col pâlit et diminue de volume, la cavité utérine se resserre sur le corps étranger et on voit souvent, comme après l'administration de l'ergot de seigle, de l'ergotine ou des substances analogues, de légères coliques utérines.

Ce sont les mêmes phénomènes que nous ont donnés l'introduction de la sonde utérine et l'agacement de la muqueuse avec l'extrémité de celle-ci, phénomènes variant de plus au moins, dans le cas d'introduction du drain, suivant l'ancienneté et l'intensité de l'altération de l'organe malade.

Après quelques instants qui peuvent varier de quelques minutes à quelques heures, le col utérin reprend son aspect antérieur ; quelquefois même l'intensité de la coloration s'exagère en passant au violacé le plus sombre. Les centres d'innervation vaso-

motrice et les vaisseaux qui semblaient avoir repris leur autonomie l'ont perdu à nouveau et d'une façon plus complète encore.

Les douleurs utérines sourdes et par instants exacerbantes, s'endorment pendant quelques heures pour s'éveiller encore à de longs intervalles. Ces douleurs ne sont pas assez intenses pour priver les malades de sommeil ; elles sont mêmes nulles ou presque nulles lorsque les précautions que j'indiquerai plus loin sont rigoureusement observées.

Je n'ai jamais noté d'accélération notable du pouls ni une élévation de la température générale.

Vers le deuxième ou le troisième jour, il survient un écoulement séro-sanguinolent qui de jour en jour augmente d'abondance. Il cesse bientôt d'être sanguinolent pour devenir séro-purulent. Puis il diminue peu à peu et arrive à se tarir. Il dure de 3 à 6 semaines.

C'est à ce moment que les phénomènes immédiats produits temporairement par l'introduction du drain, reparaissent de nouveau, c'est-à-dire : la décoloration du col, sa diminution de volume, la diminution de la cavité utérine, l'abaissement de la température intra-utérine.

En même temps, le drain qui est resté enfoncé dans la cavité utérine dans sa totalité, ne laissant voir au méat cervical que son extrémité postérieure commence à sortir du canal cervical, sur une étendue d'autant plus grande, que la décoloration du col et sa diminution de volume sont plus prononcées, décoloration et diminution de volume qui sont corrélatives de phénomènes identiques du côté du corps de l'utérus.

Mais, quel est le laps de temps qui s'est écoulé depuis que le drain a été introduit dans la cavité utérine ?

Ce laps de temps est variable. J'ai pu laisser un drain dans l'utérus jusqu'à 22 semaines (cinq mois) sans aucun dommage pour la sensibilité ni pour la santé du sujet et par contre avec un excellent résultat pour l'utérus (régression incomplète avec engorgement). En moyenne, dans la plupart des affections que nous traitons par ce procédé thérapeutique, nous n'avons guère eu né-

cessité de dépasser 8 à 12 semaines. Nos malades vont et viennent sans se préoccuper de la présence du drain, sans en être le moins du monde incommodées, une fois passé les premiers jours.

Un fait qui montre bien jusqu'où peut aller l'accoutumance de certaines personnes à réactions peu vives au séjour du drain dans la cavité utérine, est le suivant :

Une malade du service attteinte d'endométrite purulente avec double ectropion est soumise au drainage; j'employais alors les drains simples sans plateau. Au bout de quelques mois la sécrétion utérine se tarit, le col se décongestionne peu à peu, si bien que les ectropions finissent par disparaître à leur tour. A cette époque, je suis remplacé par M. Fauquez, médecin adjoint de Saint-Lazare. Il examine la malade qui, croyant avoir expulsé le drain depuis longtemps, ne lui donne aucune indication à ce sujet, et la trouvant guérie, il signe son exeat. Cette femme quitte le service avec son drain, reste 18 mois dehors pratiquant journellement le coït sans être nullement incommodée et sans éprouver le moindre accident. Au bout de ce temps, elle est renvoyée à Saint-Lazare pour une vaginite contractée depuis peu et c'est alors que l'interne du service où elle était soignée découvre le drain, le retire et m'adresse la malade pour que je l'examine. Il n'y avait aucune complication utérine et péri-utérine malgré les excès professionnels et les conditions hygiéniques peu satisfaisantes.

Peu de personnes sauraient présenter une tolérance aussi grande ; aussi je considère qu'un des avantages du drain à plateau, c'est qu'il ne peut passer inaperçu et que son extraction est d'une extrême facilité. (*A suivre.*)

Les lymphatiques des organes génitaux de la femme

par le Dr Henri Hamon.

--

Le Dr Poirier vient de publier le résultat des recherches qu'il poursuivait sur les lymphatiques des organes génitaux de la femme. Nous n'avons pas l'intention, en faisant une revue rapide de

ce travail intéressant, d'entrer dans les détails d'exécution des préparations anatomiques, ni de faire une description minutieuse de ce système lymphatique. Disons seulement qu'après avoir lu le travail de notre éminent confrère, il est impossible de ne pas être convaincu de la sûreté de sa méthode et de la justesse des résultats obtenus. Nous adressant surtout à des praticiens qui sont tous les jours aux prises avec les difficultés des explications pathogénétiques des suppurations pelviennes, nous tenons surtout à indiquer clairement l'emplacement exact ainsi que la direction des vaisseaux et ganglions qui jouent un si grand rôle dans ces affections.

Lymphatiques du vagin. — La muqueuse vaginale est extrêmement riche en vaisseaux lymphatiques, et leur injection au mercure produit une véritable nappe sous l'épithélium. La couche musculeuse contient des vaisseaux plus gros qui s'anastomosent fréquemment avec ceux de la couche muqueuse. Leur réunion forme trois groupes de troncs dont un inférieur, un moyen, un supérieur. Le groupe des vaisseaux inférieurs qui est alimenté par les lymphatiques de la partie du vagin intermédiaire au conduit vaginal et à la vulve, la cloison hyménéale ou son emplacement se rend aux ganglions inguinaux.

Les lymphatiques nés de la partie moyenne du vagin donnent naissance de chaque côté à deux vaisseaux qui, suivant le trajet de l'artère vaginale, se rendent à un ou deux ganglions situés sur les côtés du rectum dans les angles du bouquet artériel que forment la vaginale, l'ombilicale et la honteuse interne. La connaissance de cette disposition a une certaine importance. Elle conduit à chercher par le toucher rectal, l'adénite qui complique les inflammations du vagin et elle fait comprendre la fréquence et le pourquoi de l'ouverture de certaines collections purulentes dans la cavité du rectum. Les vaisseaux lymphatiques supérieurs s'unissent aux gros vaisseaux lymphatiques nés du col utérin et se rendent, avec ceux-ci, aux ganglions du plexus iliaque.

Lymphatiques de l'utérus. — L'utérus fournit d'abondants vaisseaux lymphatiques ayant leur source dans un lacis très ri-

che réparti entre la muqueuse, les muscles et le péritoine utérins. On peut suivre les troncs qui émergent de chacune de ces parties, et les examiner séparément, mais il faut bien savoir d'abord que tous ces vaisseaux, tant superficiels que profonds, s'anastomosent entre eux dans toutes les parties de l'organe. Il est donc inutile d'insister sur leur disposition dans tel ou tel point de l'utérus, prenons-les à leur émergence de la matrice et voyons où ils conduisent leur liquide.

Les vaisseaux lymphatiques de l'utérus peuvent se classer en deux groupes reliés cependant par des anastomoses, ce sont les vaisseaux du col et ceux du corps.

Les vaisseaux sortis du col suivent d'abord le bord inférieur (périnéal) du ligament large, puis occupent le bord latéral ou pelvien du même ligament et se rendent dans deux ou trois ganglions situés dans l'angle de bifurcation de l'iliaque primitive et formant une chaine qui descend jusqu'à la terminaison de l'hypogastrique. A l'état normal on ne peut sentir ces ganglions, mais que leur volume vienne à être augmenté et ils deviendront perceptibles, non seulement par le toucher vaginal, mais encore par la palpation profonde de la fosse iliaque au détroit supérieur.

Nous remarquerons ici que non seulement l'auteur n'a pas trouvé de vaisseaux se dirigeant vers un ganglion sous-pubien, mais encore il faut voir, en y insistant, qu'il n'y a pas de ganglion dans le trou sous-pubien et que le plus rapproché en est à 15 ou 20 millimètres ; encore fait-il partie d'une chaîne ganglionnaire alimentée par les vaisseaux provenant de la région interne et profonde de la cuisse ; ces ganglions ne font donc pas partie du système lymphatique utérin ; cela ne veut pas dire qu'ils ne puissent s'enflammer et suppurer en même temps que les ganglions utérins auxquels ils sont reliés par de larges et fréquentes anastomoses ; c'est ce qui ferait croire que la théorie de l'adéno-phlegmon juxta-pubien n'est peut-être pas aussi éloignée de la vérité que le ferait supposer l'erreur anatomique sur laquelle elle repose.

Un autre point controversé de l'anatomie des vaisseaux lymphatiques utérins est celui relatif au ganglion de Lucas-Cham-

pionnière. Y a-t-il sur le col ou près de ce col un ganglion lymphatique ? Le Dr Poirier ne l'a jamais rencontré ; mais ce qu'il a bien vu, c'est un plexus de vaisseaux au voisinage du col. La disposition hélicine de ces vaisseaux se rencontre habituellement dans les veines et les artères qui avoisinent et alimentent les organes sujets par leur fonctionnement à des déplacements et à des tiraillements qui ne pourraient s'effectuer sans léser ces vaisseaux, si ces derniers n'avaient cette disposition sinueuse qui leur permet de suivre sans dommage les évolutions de l'organe auquel ils se rendent, témoin la flexueuse artère spléniquée, les artères thyroïdiennes ; G. Marchand a d'ailleurs signalé ce fait pour les lymphatiques eux-mêmes qui sont à la base du gland.

Ne semble-t-il pas que ces particularités anatomiques aident à comprendre les empâtements des culs-de-sac dans l'angioleucite utérine et les abcès angioleucitiques dans le tissu cellulaire si lâche que parcourent les vaisseaux avant d'arriver à leurs ganglions?

Lymphatiques du corps utérin. — Le réseau du corps et du fond de l'utérus se condense en deux gros troncs qui, partis des cornes utérines s'engagent immédiatement dans le bord supérieur du ligament large et s'accolent à l'artère utéro-ovarienne, dont ils suivent le trajet, pour remonter jusqu'aux ganglions lombaires où ils se rendent. Ils sont beaucoup plus rapprochés de l'ovaire que de la trompe dont ils reçoivent deux ou trois troncs lymphatiques.

Les ganglions lombaires, qui reçoivent les lymphatiques du corps et du fond de l'utérus, sont situés au niveau de l'extrémité inférieure du rein.

Quelques lymphatiques de l'utérus se rendent enfin aux ganglions de l'aîne par le ligament rond, ce qui explique l'engorgement des ganglions inguinaux au cours de certaines affections de matrice, comme l'ont noté Cruveilher et d'autres.

Lymphatiques de la trompe et de l'ovaire. — La trompe fournit comme l'utérus des troncs lymphatiques issus de ses trois couches : muqueuse, musculeuse et séreuse ; tout porte à croire que ce réseau continue celui de l'utérus.

L'ovaire excessivement riche en lymphatiques qui s'anastomosent avec ceux de l'utérus fournit 4, 5 ou 6 troncs qui prennent aussitôt une direction ascendante ; accompagnant les vaisseaux utéro-ovariens ils passent avec eux, sous le péritoine, au-devant des vaisseaux iliaques primitifs, et vont se jeter, ceux du côté gauche, dans deux ou trois ganglions placés au devant de l'aorte un peu au-dessous du hile du rein, ceux du côté droit dans un groupe ganglionnaire un peu moins élevé et placé au devant de la veine cave.

Lymphatiques des adhérences pelvi-péritonites. — Après avoir étudié le système lymphatique normal des organes génitaux, le D[r] Poirier, présente une remarque des plus intéressantes sur le rôle de ces vaisseaux dans les inflammations des organes du petit bassin. Nous citons textuellement :

« Rien n'est plus fréquent que de rencontrer des adhérences « plus ou moins larges, celluleuses, transparentes, unissant l'utérus aux parois de l'excavation pelvienne ou aux viscères voi« sins. J'ai examiné les organes génitaux sur plus de 300 sujets « d'âge avancé, pour la plupart, il est vrai, et je puis certifier « que l'utérus sain, c'est-à-dire dont la surface ne présente pas « peu ou beaucoup de ces adhérences, vestiges d'inflammations « antérieures, est une rareté, presqu'une exception. Les adhé« rences postérieures allant de la trompe ou de la face postérieu« re de l'utérus à l'ovaire, à la paroi pelvienne, ou au rectum, sont « de beaucoup plus fréquentes que les adhérences antérieures, si « l'on veut se rappeler que la couche sous-endothéliale du péri« toine utérin présente un très riche réseau lymphatique en com« munication avec les lymphatiques profonds de l'organe, on ne « sera plus surpris de la fréquence des adhérences, étant donné « qu'il n'est guère de femmes n'ayant subi au cours de leur vie « génitale quelque inflammation intra-utérine. Je considère « qu'une inflammation intra-utérine ne peut survenir sans que « le péritoine utérin y prenne une part quelconque, grosse ou pe« tite, puisque je le répète, les lymphatiques de la couche sous« endothéliale du péritoine utérin communiquent avec les lym-

« phatiques de l'utérus. Seule la muqueuse du col peut s'enflam-
« mer sans retentissement péritonéal ; reste à savoir si l'inflam-
« mation peut rester limitée à la muqueuse du col ?

« Dans la plupart des cas, l'inflammation utérine étant modé-
« rée, le retentissement péritonéal est lui-même peu bruyant ;
« souvent même, il doit passer inaperçu, ne se traduisant que
« par la congestion et le bourgeonnement, la végétation de ces
« lymphatiques, si l'on veut me permettre cette expression, dont
« je vais bientôt démontrer la justesse. Je ne pense pas que tou-
« tes les femmes à adhérences, c'est-à-dire la très grande majo-
« rité, aient présenté les signes de ce que la clinique décrit sous
« le nom de pelvi-péritonite, mais je crois que chez toutes, une
« inflammation lente, d'origine utérine a occupé les lymphati-
« ques séreux et déterminé leur bourgeonnement.

« La plupart de ces adhérences ne présentent pas de vaisseaux
« sanguins visibles à l'œil nu ; et au microscope on n'en trouve
« qu'un petit nombre ; quelques-unes même m'ont paru complè-
« tement dépourvues de ces vaisseaux.

« Toutes, en revanche, sont presque uniquement composées
« d'un admirable réseau lymphatique qui n'est que le prolonge-
« ment des réseaux du péritoine utérin.

« En conséquence de ces faits, je pense qu'il faut agrandir et
« beaucoup le rôle revenant aux lymphatiques dans un certain
« groupe des inflammations pelviennes.

« Jusqu'ici la plupart des auteurs ont expliqué la transmission
« des inflammations utérines au péritoine par l'envahissement
« progressif des muqueuses utérine et tubaire. Si cette voie utéro-
« péritonéale passant par la trompe était la véritable voie de
« transmission des inflammations, on verrait les lésions de ces
« inflammations ou leurs vestiges prédominer autour de l'orifice
« péritonéal de la trompe, tandis qu'elles ont pour centre l'uté-
« rus. »

L'auteur examine ensuite la question si controversée du phlegmon du ligament large. Bien souvent il a rencontré les deux feuillets du ligament séparées par une couche de pus, par con-

séquent il ne peut songer à nier l'existence de ce phlegmon, mais comme le plus souvent la collection purulente a son siège principal sur le bord inférieur du ligament, le long des vaisseaux sanguins et lymphatiques ou sur le bord externe le long des mêmes vaisseaux, ou autour des ganglions lymphatiques situés autour du tronc et des branches de l'hypogastrique, il croit que l'inflammation suppurative prend naissance dans ces vaisseaux ou ganglions et par conséquent serait au début du moins une simple angioleucite plus ou moins infectieuse, de sorte que le terme de phlegmon du ligament large doit disparaître parce qu'il ne répond pas à une affection autonome.

Les inflammations des lymphatiques utérins produiraient en outre ces infiltrations œdémateuses, puis purulentes, du tissu cellulaire sous-péritonéal qui s'étendent en avant vers le pubis et la paroi abdominale, en arrière vers le rectum, en dehors vers la fosse iliaque, à la palpation elles donnent la sensation de plastron dur régulier. Abandonnées à elles-mêmes elles deviennent les collections purulentes du bassin à foyers multiples, s'ouvrant ultérieurement dans le rectum, le vagin, à l'ombilic, à l'aine.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 18 juin.

Traitement de la cystocèle vaginale par la cystopexie.

M. Terrier. — Dans le but de remédier à la cystocèle vaginale, MM. de Wlaccaz (de Mételin), Dumoret et Tuffier (de Paris), nous ont adressé chacun un travail, sur lequel j'ai un rapport à vous présenter. Ces trois chirurgiens se sont efforcés de trouver un procédé de fixation de la vessie par sa partie supérieure, dans les cas de cystocèle exagérée. M. de Wlaccaz a fait deux fois une opération, qu'il appelle gastrocystorraphie, dans les circonstances suivantes : l'une de ses malades, femme de 36 ans, multipare, était atteinte de cystocèle vaginale simple, avec douleurs

et troubles de la miction. Après avoir distendu et redressé la vessie par une injection résorcinée de 150 grammes, l'opérateur fit une incision à l'hypogastre, dans une étendue de six centimètres. Cela fait, un fil de catgut n° 4 fut conduit de la lèvre gauche de l'incision abbominale, la peau exceptée, à la vessie, dont il traversa les couches superficielles, puis il vint ressortir au niveau de la lèvre droite de l'incision, sans intéresser la peau. Après, même application d'une deuxième suture perdue, l'abdomen fut refermé et couvert d'un pansement antiseptique. Aucun accident post-opératoire : Cathétérisme vésical, deux fois en 24 heures, pendant six jours. Persistance de la réduction de la vessie six mois après l'intervention.

Dans le deuxième cas, qui a été également suivi de succès, il s'agit encore d'une cystocèle vaginale simple. Pour M. de Wlaccaz, ce procédé opératoire, dans lequel la vessie est maintenue par suite de l'adhérence du tissu cellulaire péri-vésical à la paroi abdominale antérieure, est simple à exécuter et supérieur à tout autre procédé, agissant par le vagin.

Le deuxième mémoire nous a été communiqué par M. Dumoret. Il comprend l'observation d'une femme de 48 ans qui, après deux accouchements, vit se développer un prolapsus utérin et une cystocèle vaginale.

En 1878, on lui pratiqua l'amputation du col, mais la cystocèle n'en persista pas moins. En novembre 1889, elle atteignait le volume d'une tête de fœtus et s'accompagnait de troubles de la miction, de troubles digestifs et de phénomènes accentués d'anémie.

Après avoir, pendant un mois, fait la désinfection du vagin et de la vessie, M. Dumoret pratique, au mois de décembre, l'opération suivante : la réplétion vésicale, obtenue à l'aide d'une injection boriquée une incision abdominale médiane, à 4 centimètres du pubis et longue de 5 centimètres met à découvert une anse intestinale, dont on doit tout d'abord détruire les adhérences avec la vessie, pour libérer cet organe. Cela fait, le péritoine des bords de la vessie étant attiré vers la plaie, on passe un peu obliquement, à travers les lèvres de cette plaie, la peau exceptée, un fil de soie, que l'on conduit dans la partie la plus élevée des insertions latérales du péritoine vésical, et on le fait ressortir du péritoine, qu'il pénètre seul ; il en résulte une anse que l'on noue ensuite. Trois autres anses de fil sont placées au-dessous de

la même façon. Ces manœuvres, d'abord exécutées à droite, sont renouvelées du côté gauche. Ensuite, la portion de la face antérieure de la vessie, confinant au cul-de-sac péritonéal vésico-abdominal ayant été découverte au moyen de tractions latérales, faites de bas en haut, on place trois autres fils de soie près de ce cul-de-sac antérieur comme moyens de renforcement et dans le but de mieux fixer l'organe, les extrémités des premiers fils, passés dans le péritoine et noués préalablement, sont, en outre, fixés dans l'épaisseur même des muscles de la paroi abdominale. Les suites de cette opération, terminée par la suture de la plaie cutanée, furent bonnes pendant six jours, mais alors la malade fut prise d'une broncho-pneumonie et rapidement emportée.

A l'autopsie, on constata qu'il n'y avait pas trace de péritonite et que la vessie adhérait à la paroi abdominale par toute sa face antérieure. Toutefois il existait un léger prolapsus vésical du côté du vagin qu'on pouvait corriger en tirant sur l'utérus. La vessie était augmentée de volume. Les poumons étaient le siège d'une hépatisation grise. De cette observation, qui démontre l'insuffisance de la fixation de la face antérieure de la vessie pour combattre le prolapsus de la face postérieure, M. Dumaret conclut peut-être un peu vite, que pour obtenir un résultat satisfaisant, il faut : 1° opérer de bonne heure; 2° multiplier les points de suture en faisant l'ouro-hystérocystopexie; 3° compléter même parfois le résultat par une élyrorraphie.

Dans le mémoire que nous a lu M. Tuffier à la séance du 28 mai dernier, l'auteur nous communique la relation de ses expériences sur le même sujet et l'observation de deux cystopexies, dont l'une date de 14 mois.

D'après ses expériences faites sur des chiennes, l'auteur admet que les parois vésicales sont susceptibles de contracter des adhérences avec la paroi abdominale antérieure, que la vessie n'est nullement troublée dans son fonctionnement et que les uretères ne ne sont pas courbées par cette opération. En outre il constata qu'il est facile d'aborder les parties latérales de la vessie sans léser le péritoine, qui peut se décoller facilement : qu'une traction sur la vessie entraîne la paroi vaginale, et que la partie supérieure du réservoir urinaire est fixé à l'ouraque.

En s'appuyant sur ces résultats, voici comment l'auteur a exécuté deux fois cette opérat on sur la femme. La vessie modéré-

ment distendue et l'incision abdominale (incision de la taille) faite, on reconnait la vessie ; sur ses parties latérales on procède au décollement du péritoine, que l'on pousse prudemment jusqu'à ce qu'on arrive sur la paroi vaginale. Pour éviter de blesser l'uretère, on remonte à deux centimètres environ au-dessus de ce point. La vessie étant dès lors partiellement vidée, il est facile de reconnaître que des tractions amènent de chaque côté sa paroi antérieure au contact de la paroi abdominale et que la cystocèle est complètement réduite. C'est alors qu'on fixe l'organe de la manière suivante : On passe d'abord à gauche dans sa paroi quatre fils de soie formant un rectangle d'environ trois centimètres de côté, puis on les fixe à la paroi abdominale. Ces fils doivent être facilement amenés et la tension sur la paroi vésicale doit être modérée, mais suffisante pour réduire le prolapsus.

La même suture est faite du côté opposé. Si ces moyens de fixation sont insuffisants, on peut y ajouter le raccourcissement de l'ouraque, quand il est possible, ce qui paraît douteux. On termine l'opération par la suture en étage de l'incision hypogastrique et, pendant les sept premiers jours, la malade est cathétérisée.

Ce procédé opératoire a été mis en pratique deux fois par M. Tuffier. L'un de ces cas est trop récent pour qu'il prouve quelque chose ; quant à l'autre, qui remonte à plus d'une année, il a été appliqué sur une femme de 49 ans, à laquelle l'hystéropexie avait déjà été faite avec succès pour un prolapsus utérin. La cystocèle vaginale ayant persisté, on procéda à la cystopexie en mars 1889 ; quinze jours plus tard, la malade quittait l'hôpital en apparence guérie. Toutefois, sept mois après, pour remédier à une saillie de l'urèthre et de la partie voisine de la vessie, on dut faire une petite élytrorraphie antérieure. Dès lors la guérison fut définitive après ces trois opérations, une hystéropexie, une vésicopexie et une élytrorraphie antérieure ; et, en mars 1890, on pouvait constater qu'aucun prolapsus ne s'était reproduit.

Les diverses opérations, dont nous venons de parler, peuvent être distinguées en deux classes, suivant que le péritoine a été ou non intéressé. La cystopexie abdominale antérieure peut donc être intra-péritonéale (de Wlaccaz et Dumoret) ou extra-péritonéale (Tuffier) ; sur la valeur de chacune d'elles il est encore impossible de se prononcer, soit qu'on la pratique seule, soit qu'on l'associe à une hystéropexie dans le cas de prolapsus utérin. Pour

ma part, je n'y ai pas eu recours, m'étant jusqu'à ce jour contenté, et avec succès, de la colporraphie et de l'élytrorraphie ; quant à la cystopexie, l'avenir nous dira, si dans certains cas déterminés, elle peut rendre de réels services.

M. Bouilly. — Malgré le semblant de légitimité que peut présenter une opération qui relève une vessie en prolapsus, je ne crains pas d'avancer qu'éphémère sera la durée de ces cystopexies, imaginées par MM. Dumoret et Tuffier, pour cette raison qu'on a mal compris le mécanisme, suivant lequel se forme et doit être combattue la cystocèle. Pour y remédier il faut s'adresser aux deux causes suivantes : la laxité et la trop grande largeur des parois vaginales, et l'insuffisance de résistance du plancher périnéo-vaginal. Toute fixation abdominale de la vessie restera impuissante, si aucune modification réparatrice n'est apportée du côté du vagin et du périnée. C'est donc en créant un point d'appui inférieur solide, un plancher résistant, qui soutienne bien les parois vaginales réparées, que l'on aura le plus de chances de faire disparaître la cystocèle.

Jusqu'à présent, il ne m'a jamais semblé nécessaire d'intervenir directement sur la vessie, la colporraphie et la colpo-périnéorraphie m'ayant toujours donné d'excellents résultats, que je vous soumettrais dans une prochaine séance. D'ailleurs une autre raison milite encore en faveur de ces opérations, c'est qu'elles offrent beaucoup moins de gravité que toute cystopexie intra ou extra-péritonéale.

M. Verneuil. — Quelques chirurgiens, Estor entre autres, ont tenté, dans différents écrits, de simplifier, autant que possible, les pratiques chirurgicales. Telle ne paraît pas être la tendance de quelques opérateurs contemporains, et l'on a d'autant plus lieu d'en être surpris, pour ce qui touche au prolapsus vésical en particulier, que l'on propose de remplacer, par des opérations compliquées nouvelles, des opérations anciennes qui sont excellentes. Je ne vois aucun avantage à faire cette substitution et j'y trouve même des inconvénients et des dangers. Ce qui fait la supériorité des résections vaginales et de la suture périnéale, comme me le prouve d'assez nombreuses opérations, c'est la simplicité et la facilité qu'offre cette méthode opératoire. Par les colporraphies et les périnéorraphies on parvient, la plupart du temps, à corriger les prolapsus de parois vésicale et rectale.

C'est ce qui, très probablement, serait arrivé dans le cas de M. Tuffier, alors que déjà, une hystéropexie avait été pratiquée. Une cystopexie ne me paraissait pas utile. Quant au raccourcissement de l'ouraque, dont je ne nie pas l'existence, je crains bien qu'on ne fasse illusion sur son utilité. Donc, jusqu'à plus ample expérience, sans vouloir condamner ces opérations nouvelles, je reste partisan des méthodes curatives anciennes.

M. Pozzi. — Je partage en grande partie cette opinion, d'autant plus que dans l'un des cas de cystopexie qu'on vient de communiquer, il a été nécessaire de faire ultérieurement une élytrorraphie. Pareille réserve peut être formulée à l'égard de l'élytropexie, ou suture du fond du vagin, que Byford (de Chicago) a pratiquée pour relever la vessie, puisque, dans cette circonstance, il a fallu recourir plus tard à une colporraphie. Il est d'ailleurs à remarquer que les sutures et les adhérences des opérations, destinées à remédier à des prolapsus, sont sujettes à caution et ne peuvent pas toujours résister aux efforts. Pour mon compte, j'estime qu'il est préférable de ne s'adresser qu'à la colporraphie et à la périnéorraphie qui rétrécissent suffisamment la cavité du vagin, et, en rétablissant le contact entre ses parois, s'opposent à l'influence atmosphérique.

M. Richelot. — Bien qu'en principe je ne sois pas opposé aux hystéropexies et aux cystopexies, il me paraît tout à fait irrationnel d'appliquer d'emblée cette dernière, avant d'avoir recours à la colporraphie. Si celle-ci vient à échouer, c'est alors que la fixation de la vessie pourra peut-être être entreprise.

M. Terrier. — Je ferai tout d'abord remarquer que, n'ayant pas d'expérience personnelle sur ces opérations nouvelles, j'ai évité de prendre parti, soit pour elles, soit contre elles. Je n'ignore pas que, dans les prolapsus, des altérations profondes existent au niveau du plancher pelvien.

Quelles que soient les théories pathogéniques que l'on émette, théories d'ailleurs peu satisfaisantes, c'est donc de ce côté que doivent porter nos efforts réparateurs.

Dans certains cas, ou pourra arriver à temps et par les méthodes anciennes obtenir de bons résultats. Mais d'autres fois, il n'en sera pas de même et alors il sera possible de discuter l'opportunité de la cystopexie. Quant à l'élytropexie, c'est une autre opération, dont je n'ai pas à m'occuper aujourd'hui, non plus que des simplifications de la chirurgie, que je comprends parfai-

tement, mais qui ne doivent pas nous faire perdre de vue que, pour certaines interventions, une chirurgie compliquée et un chirurgien de profession sont nécessaires.

Séance du 25 juin 1890.

M. Terrillon fait une communication sur les résultats que lui a fourni la première série de 200 *ovariotomies*. La dernière malade de cette série a été opérée il y a un an. Dans les 100 premiers cas, il y a eu 12 décès ; dans les 100 autres, il en a eu 4. Ces 200 opérations se rapportent aux kystes de l'ovaire qu'il a opérés depuis huit ans. Sur ces 200 kystes, il y avait 166 kystes ordinaires, 25 kytes parovariens, 8 kystes dermoïdes, 1 kyste hydatique. Dans 44 cas, l'opération fut double : 1 seul cas de mort. Donc, l'opération double n'a pas de gravité particulière. Il est d'avis que, chez les femmes âgées de plus de 45 ans, il faut enlever les ovaires des deux côtés dès qu'ils sont suspects. Chez les jeunes femmes, au contraire, il faut les conserver. 14 fois l'opération a été incomplète (10 pour le premier cent, 4 pour le 2e).

Dans le dernier cent d'opérations, M. Terrillon, grâce à des précautions antiseptiques minutieuses, a pu diminuer de beaucoup sa mortalité par infection. Les résultats éloignés de ces 200 interventions sont à noter. 9 malades seulement sont mortes après l'opération. Il n'y a eu qu'une récidive mortelle (dans l'autre ovaire resté en place) ; une est morte de folie un an après ; 3 sont mortes d'épuisement. Il reste donc 165 malades bien portantes. Dans 9 cas, la grossesse a été possible après l'ablation d'un seul ovaire ; une opérée a eu 3 enfants. Dans 10 cas, distension de la cicatrice ; 4 éventrations ; 3 récidives seulement. M. Terrillon attribue la diminution de la mortalité à la stérilisation des instruments, au lavage du péritoine (eau filtrée et bouillie), à la désinfection soignée des mains, et, précaution très utile, à la stérilisation, deux fois répétée à 8 jours d'intervalle, à l'autoclave de tous les fils de suture.

M. Polaillon montre une femme qu'il a opérée d'*ovaro-salpingite tuberculeuse ;* elle présentait des granulations sur tout le péritoine. L'état général est parfait.

(*Progrès méd.*).

TRAITEMENT DE LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE PAR LA LAPAROTOMIE.

M. ROUTIER. — Dans une revue que j'ai récemment faite sur le traitement des péritonites tuberculeuses, j'ai montré qu'ordinairement les laparotomies, pratiquées dans ces circonstances, n'avaient été entreprises qu'après une erreur de diagnostic. C'est ce qui nous explique la rareté des examens histologiques à la suite de ces interventions, toutefois cet examen a eu lieu dans un certain nombre de cas et la nature tuberculeuse des lésions péritonéales ne peut être mise en doute.

Or, d'après mes recherches, il reste établi qu'une survie assez longue n'est pas rare après ces laparotomies puisque, les auteurs en signalent quelques-unes de 5, 6, 10, 15 et 20 ans et même plus. Sur 90 malades opérées, 35 étaient en pleine santé six mois après l'intervention. Généralement cette dernière a eu lieu pour des péritonites, accompagnées d'épanchement ascitique, il est exceptionnel que l'on ait eu affaire à des péritonites sèches. Dans un cas il n'y a pas eu de récidive du côté du péritoine et la malade n'est morte que quatre ans plus tard par le fait de lésions pulmonaires. Chez une autre malade, sur laquelle une première laparotomie avait fait constater de nombreuses granulations tuberculeuses sur le péritoine, on n'en a retrouvé aucune trace lors d'une seconde laparotomie. Je crois donc qu'il n'y a pas à rejeter cette opération comme méthode de traitement des péritonites tuberculeuses.

M. POLAILLON. — Je vous présenterai dans un instant, une malade que j'ai opérée d'une ovaro-salpingite tuberculeuse. Dans l'exécution de cette opération, je n'ai pu faire qu'une ablation partielle de la tumeur kystique ; mais ce que je tiens à relever, c'est que, chez cette malade, une grande surface de la séreuse, tant viscérale que pariétale, était recouverte de granulations typiques. Après avoir bien lavé le péritoine et enlevé tout ce que j'ai pu de la masse salpingienne, j'en ai suturé le fond à la paroi abdominale. La malade est en bonne voie de guérison et ne présente plus qu'un petit trajet fistuleux.

M. SCHWARTZ. — Un fait de laparotomie, que j'ai pratiquée dans un cas de péritonite tuberculeuse, mérite d'être rapporté, en ce sens qu'elle a mis fin à des accidents qui menaçaient la vie de la malade. Il s'agit d'une femme de 44 ans, chez laquelle

j'avais diagnostiqué cette variété de péritonite, et chez laquelle les principaux symptômes alarmants consistaient en vomissements continus et en émission tellement minime d'urine, qu'une urémie mortelle était inévitable. La quantité de liquide en 24 heures n'atteignait que le chiffre de 150 grammes environ, dans lequel on ne constatait que 5 à 6 grammes d'urée. Deux jours après la laparotomie, la malade rendait un litre et demi d'urine et le taux de l'urée remontait à 20 grammes. Quatre mois après cette opération, l'épanchement péritonéal s'étant reproduit, j'ai pratiqué une ponction et depuis cette époque, qui remonte à six semaines, la guérison s'est maintenue.

(*Bul. Méd.*).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 *juin* 1890.

RUPTURE DE L'UTÉRUS.

M. Guéniot lit un rapport sur une communication de M. Thévard intitulée : « Cas de rupture totale des insertions vaginales sur le col de l'utérus. »

Après avoir rappelé, dans les grandes lignes, l'observation de M. Thévard, M. Guéniot termine ainsi sa communication : Après avoir traversé les dangers d'une péritonite, consécutive à la laparotomie, la malade finit par se rétablir complètement et deux mois après l'opération, elle pouvait venir à l'Académie.

Grâce à l'examen attentif de cette *pièce justificative* nous avons pu, M. Tarnier et moi, nous rendre compte de la signification véritable d'un fait qui, d'abord, paraissait franchir les limites du vraisemblable.

Est-il exact que l'utérus ait été complètement séparé de ses attaches vaginales, ainsi que nos deux honorables confrères croient l'avoir constaté ? S'il en était ainsi, les déchirures et le délabrement des parties molles du petit bassin eussent été considérables.

Une large ouverture eût mis en communication directe la cavité de l'abdomen avec celle du vagin. La vessie elle-même ne fut pas restée étrangère à ces dilacérations.

Bref, après cicatrisation de toutes ces plaies et déchirures on

devrait nécessairement trouver des cicatrices ou des indurations qui en seraient comme des témoins irrécusables.

Or, une exploration minutieuse des parties nous a permis de constater :

1° Que le vagin offre une profondeur et une amplitude normales ;

2° Que sa muqueuse est, sur tous les points, lisse, humide, mobile et souple comme on l'observe dans les conditions régulières ;

3° Que le col utérin se présente au fond du vagin, en son lieu accoutumé, mais qu'il est presque dépourvu de saillie ;

4° Enfin que le détroit supérieur du bassin offre un rétrécissement rachitique très accusé (environ 78 millimètres d'ouverture dans le diamètre promonto-pubien).

Ces particularités ne permettent pas d'admettre l'interprétation admise par M. Thévard. Il ne s'est pas agi, certainement des attaches vaginales de l'utérus, mais d'une lésion d'un autre genre.

J'admets qu'il y a eu une déchirure de l'utérus sur la paroi antérieure, à la jonction du corps et du col. De la sorte ni la vessie, ni le vagin n'ont été intéressés, le col lui-même est resté en place et n'a été lésé que dans sa portion antérieure et supérieure. Celle-ci, très amincie et étirée par les contractions du corps, s'est rompue sous la pression du fœtus qui ensuite a été comme projeté à travers la brèche dans la cavité abdominale.

Cette manière de voir permet d'expliquer naturellement, et d'après un mécanisme connu, toute la filiation des phénomènes, depuis la genèse des accidents jusqu'à leur complète guérison.

La matrice, que M. Thévard trouva sous le foie, pouvait aisément occuper cette région, ayant été refoulée en haut par le corps du fœtus.

Quant à l'orifice utérin, orifice plus ou moins régulier, qui fut pris pour l'ouverture du col, on ne s'étonnera pas qu'il ait pu donner lieu à semblable méprise, car les bords de la déchirure offrent parfois une netteté propre à engendrer l'illusion. Quant à la disparition de la portion vaginale du col, elle est due, sans aucun doute, à l'étirement que les contractions violentes et prolongées du corps de l'utérus, ont exercé sur les fibres du col par suite du rétrécissement pelvien.

Je suis donc convaincu que le fait d'une séparation complète de l'utérus d'avec le vagin n'a pas eu lieu. L'observation de M.

Thévard n'en est pas moins intéressante et offre de précieux enseignements.

(*Bull. méd.*)

REVUE DE LA PRESSE

ÉLÉPHANTIASIS DE LA GRANDE LÈVRE DROITE.

Dans le journal espagnol *El Dictamen*, le Dr Eugène Gutierrez publie le cas suivant d'éléphantiasis de la grande lèvre du côté droit.

Le 3 mai, se présente à la consultation une jeune femme de 26 ans, chez laquelle on constate l'existence d'une tumeur qui, partant du pubis et de la grande lèvre droite, pend entre les cuisses et atteint presque jusqu'aux genoux, tumeur qui met cette femme dans l'impossibilité d'exercer sa profession de lavandière. Les dimensions sont les suivantes : plus grande circonférence = 0 m. 54 ; circonférence au niveau du pédicule d'insertion = 0 m. 36 ; longueur totale de l'insertion au point extrême = 0 m. 20.

Cet appendice, couvert d'une peau dure, épaisse, rugueuse et écailleuse, présentait en certains points des noyaux indurés, en forme de verrues et en d'autres des croûtes noirâtres, dont les plus déclives, détachées par les frottements de la marche, laissaient des surfaces excoriées exsudatives. La consistance de la tumeur était dure dans la couche superficielle, surtout au niveau de la partie la plus épaisse et molle au centre. La muqueuse de la grande lèvre, très distendue, offrait aussi sur la surface quelques petites tumeurs verruqueuses ; la petite lèvre correspondante était comme effacée.

D'après les renseignements donnés par la patiente, il était survenu d'abord, six ans auparavant, une inflammation des deux grandes lèvres, qui avait cédé à de simples applications émollientes : cette inflammation s'était manifestée de nouveau à court intervalle, mais seulement cette fois sur la lèvre droite, et avait donné origine à une tumeur qui acquiert un grand développement au cours d'une première grossesse. Celle-ci n'était pas arrivée à terme (accouchement, à huit mois) ; la tumeur, à la suite de l'accouchement, avait diminué de moitié.

Quatre autres grossesses surviennent ; la dernière seule se termine

par un accouchement à terme. Au cours de chacune, il arrive, comme pendant la première, que la tumeur augmente de volume pendant l'état de gravidité et décroît alors que cet organe revient à l'état normal. En dehors du temps de grossesse, la menstruation fut toujours normale, avec cette particularité que la tumeur était plus volumineuse pendant la durée des menstrues. — Rien par ailleurs à noter dans l'état de la malade.

L'ablation de la tumeur est faite le 13 mai : deux incisions elliptiques circonscrivent sa base d'implantation ; en dedans un lambeau de muqueuse est conservé, pris sur la grande lèvre. Section progressive du pédicule, ligature des vaisseaux à mesure qu'ils sont sectionnés par l'instrument tranchant. La tumeur était irriguée par des branches volumineuses, dépendances de la honteuse interne et des caverneuses clitoridiennes. Suture alternée avec des fils de soie et de catgut ; pansement de Lister, bandage en T.

Pendant les deux jours qui suivent l'opération, la malade ne présente rien de particulier. Sphacèle du lambeau muqueux en arrière du côté du périnée. La chute de l'eschare laisse une surface dénudée sur une longueur d'environ 2 centimètres. On touche avec teinture d'iode. — A la fin de mai, la cicatrisation est parfaite et la malade reprend ses occupations ordinaires.

La tumeur pesait 2,430 grammes ; elle était constituée par une substance myxomateuse, creusée de cavités et de sacs kystiques contenant un liquide jaunâtre. Le tégument qui la recouvre forme une couche dure, épaisse et lardacée.

Le Dr Gutierrez regrette de n'avoir pas examiné au microscope ce liquide, à l'effet de savoir s'il n'y aurait pas trouvé la *filaria sanguinis hominis*, parasite à laquelle est attribuée la genèse de la chylurie et de l'éléphantiasis des parties sexuelles de l'homme et de la femme, affections peu communes dans les pays tempérés, mais qui se rencontrent fréquemment dans les régions intertropicales.

(*Courrier médical.*)

PLAIES DE L'ABDOMEN ET DU VAGIN.

Une femme de 30 ans, enceinte, était à trois semaines environ de son terme, lorsque son mari, rentrant ivre, la força à un coït au milieu duquel elle eut quelques douleurs et cria. Furieux, l'homme saisit un instrument en bois avec lequel il fourragea dans le vagin.

L'hémorrhagie fut abondante, et dix heures après, la patiente accoucha d'un enfant qui bientôt succomba. Les suites de couches furent normales, à part une douleur persistante dans le ventre. Finalement, le docteur Winogradoff constata qu'il existait un corps étranger mobile dans l'abdomen et une plaie du vagin. La laparotomie permit d'extraire un morceau de bois long de 185 millimètres sur 35 de large et 75 dix-millimètres d'épaisseur : le mari avait brisé son arme. La malade guérit.

(*Russkaïa med. et Courrier méd.*).

DE CERTAINS PHÉNOMÈNES DE LA MÉNOPAUSE D'ORIGINE GÉNITO-NASALE.

M. Joal. — Certains phénomènes de la ménopause, bouffées de chaleur, rougeurs subites de la face, céphalalgies, vertiges, épistaxis, cauchemars, étouffements, éruptions de l'aile du nez et des lèvres sont mis ordinairement sur le compte de poussées congestives vers l'extrémité céphalique, de troubles circulatoires d'ordre mécanique, de fluxions supplémentaires.

L'auteur relate les observations de quatre malades chez qui des céphalalgies, cauchemars, vertiges, accès d'asthme, éruption de la face ont été guéris par un traitement nasal.

Les phénomènes du nez sont secondaires et se produisent par l'intervention du facteur génital dont l'auteur a montré l'influence, dans de précédentes publications. Au moment de la puberté et de la ménopause, l'excitation physiologique ou pathologique des organes génitaux, fait sentir son influence sur la pituitaire par action réflexe. Le tissu érectile du nez se tuméfie, et les névropathies nasales se développent.

VENTROFIXATION

M. Küstner, de Dorpat, a fait connaître les résultats de sa pratique concernant la ventrofixation. L'auteur n'a eu l'occasion de pratiquer cette opération que dans des cas où l'utérus était fixé en rétroflexion par des adhérences. Dans ces cas, il n'a recours à la ventrofixation que lorsque l'emploi préalable du procédé de Schultze aboutit à un échec.

M. Küstner est partisan de l'emploi du cautère de Paquelin, pour la destruction des adhérences qui maintiennent l'utérus en rétroflexion. Quand on opère avec le bistouri, on a à craindre des hémor-

rhagies abondantes; de plus, en arrière de l'utérus affranchi de sa position vicieuse se forment de nouvelles adhérences inflammatoires. Enfin, avec l'emploi du cautère de Paquelin, on opère dans de meilleures conditions d'éclairage.

La ventrofixation constitue une méthode défectueuse quand elle est employée pendant la période d'activité génitale de la femme. En effet, s'il survient une grossesse après fixation de l'utérus à la paroi antérieure de l'abdomen, l'avortement est inévitable; deux faits relatés par M. Küstner en fournissent la preuve. C'est pourquoi l'auteur conseille de recourir aux ressources de l'orthopédie, après destruction des adhérences qui maintiennent l'utérus rétrofléchi, chez les femmes en âge de concevoir. De plus, en pareil cas, il faut toujours faire un essai préalable du procédé de Schultze, sinon on s'expose à entreprendre la laparotomie sans que cette opération soit réellement indiquée.

M. Frommel, d'Erlangen, d'accord en cela avec M. Olshaussen, estime que dans les cas de rétroflexion de l'utérus,on ne saurait être trop circonspect dans le recours à la laparotomie; ce mode d'intervention doit être réservé aux cas désespérés. La ventrofixation est une opération mal justifiée, car elle a pour résultat de substituer une position vicieuse de l'utérus à une autre. M. Frommel trouve préférable de procéder de la façon suivante : diviser les rétracteurs de l'utérus, après avoir contourné cet organe avec des anses en fil, en partant des extrémités des replis de Douglas ; les rétracteurs sont ensuite fixés à la paroi postérieure du bassin. L'opération se fait en peu de temps, la femme ayant le siège fortement relevé.

M. Saenger a pratiqué la ventrofixation douze fois, dont sept après castration préalable. Une des femmes qui a subi la ventrofixation simple était enceinte de cinq à six mois, en juillet dernier. Au début de sa grossesse elle avait éprouvé des tiraillements douloureux : à plusieurs reprises elle a perdu du sang. M. Saenger espère que la grossesse suivra son cours jusqu'à terme. Dans aucun des cas opérés par M. Saenger, la rétroflexion ne s'est reproduite; on ne saurait donc repousser la ventrofixation de parti pris.

M. Veit, de Berlin, est d'avis que la castration dispense de recourir ensuite à la ventrofixation. Si, après la castration, la rétroflexion se reproduit, elle occasionne moins d'incommodités que précédemment.

M. Skutsch, de Iéna, fait remarquer que le procédé de Schultze doit être employé avec beaucoup de douceur; il faut chercher à rompre

les adhérences, d'une façon progressive, et en plusieurs séances. C'est seulement en cas d'échec qu'on sera autorisé à procéder à la laparotomie pour faire la ventrofixation.

DE LA MÉTRITE DES SYPHILITIQUES,

Par BONNET.

(*Thèse de doctorat*, 1887.)

L'auteur cherche à démontrer qu'il existe une forme de métrite dépendant de la syphilis. Il rapporte l'opinion de différents gynécologistes et syphiligraphes, en faveur de la thèse qu'il soutient. En l'absence de lésions anatomiques bien constatées, l'existence d'une métrite liée à la syphilis nous semble un peu hypothétique, et les observations publiées par M. Bonnet, dans sa thèse, ne nous ont pas paru convaincantes.

Il nous dit, dans ses conclusions, qu'il ne faut pas confondre la métrite des syphilitiques avec les métrites non syphilitiques. Mais les moyens indiqués par l'auteur pour faire le diagnostic sont bien vagues et insuffisants. En effet, il ne nous donne, comme signes différentiels, que la coexistence des accidents secondaires, la rapidité d'évolution et l'influence sûre et heureuse du mercure. (*Gaz. méd. de Paris*.)

DE L'ABLATION DES OVAIRES.

M. TERRILLON range en quatre classes les maladies pour lesquelles on a pratiqué la castration : 1° les corps fibreux dans lesquels on se propose un double but : arrêter les hémorrhagies et faire diminuer la tumeur ; 2° les hémorrhagies utérines incoercibles, quelle que soit leur cause, pourvu que l'utérus ne soit pas malade d'une façon évidente ; 3° les névralgies ovariennes avec retentissement sur le système nerveux général ; 4° la dysménorrhée ; les imperforations congénitales ou acquises des organes génitaux qui empêchent le sang de s'écouler au dehors.

Fibromes. — L'opération n'est pas grave ordinairement. Les résultats relatifs aux hémorrhagies sont très remarquables. Certains chirurgiens accusent l'opération d'être inutile. Il faut choisir les cas favorables qui sont principalement les fibromes encore peu volumineux, avec cavité utérine augmentée d'étendue et saignante, mais sans que le fibrome fasse saillie dans son intérieur.

Hémorrhagies. — Pour les hémorrhagies utérines, la castration est chose bien établie. Elle doit être faite quand le râclage ou les cautérisations ont échoué. Si les hémorrhagies ont pour cause une métrite hémorrhagique, on n'aura recours à la castration qu'après avoir essayé tous les autres moyens et seulement dans les cas graves : plus la femme sera jeune, plus on se montrera circonspect. (*Progrès médical*, 24 mars 1888.)

Névralgies. — Les indications de la castration sont moins nettes quand il s'agit de névralgies ovariennes. Les cas vraiment intéressants sont ceux dans lesquels l'ovaire paraît le point de départ d'une affection nerveuse, par exemple l'hystérie à point de départ ovarien. Mais, à côté de cas favorables, on en trouve qui ne sont pas faits pour encourager le chirurgien, aussi, ne peut-on pas poser de loi générale. Si le point de départ ovarien est bien net, on peut essayer d'intervenir. Malheureusement, le plus souvent, l'origine de la névralgie est centrale ; aussi la castration est inefficace.

Dysménorrhée. — En ayant recours à la castration dans ce cas et dans les imperforations des organes génitaux, on combat ces affections, ou plutôt leur cause, c'est-à-dire qu'on supprime la source des hémorrhagies.

Pour l'extirpation des ovaires, on peut suivre deux procédés : la *voie vaginale* et la *voie abdominale*. La première ne serait indiquée que quand l'ovaire proémine nettement dans le cul-de-sac de Douglas. En dehors de ce cas, la méthode est rarement indiquée.

L'opération classique consiste à aller à la recherche des ovaires en faisant la laparotomie. L'opération comprend quatre temps : 1° incision de la paroi abdominale et du péritoine ; 2° recherche des ovaires ; 3° ligature et ablation ; 4° fermeture de la plaie abdominale et pansement.

On doit faire l'incision abdominale sur la ligne médiane et aussi petite que possible. Les intestins sont repoussés en haut avec une grosse éponge. On cherche ensuite la corne utérine, en allant de dedans en dehors. On sent bientôt un petit corps dur qui est l'ovaire. Faut-il enlever l'ovaire seul ou la trompe avec lui ? On tend à suivre cette dernière méthode. On transperce avec un fil double le pédicule ; chaque anse est serrée et nouée avec soin. On sectionne au-dessous de la ligature, en ayant bien soin de ne pas laisser une parcelle d'ovaire dans le pédicule.

CANCER PRIMITIF DU CORPS DE L'UTÉRUS ; GÉNÉRALISATION AUX VISÈRES ABDOMINAUX. — PÉRITONITE AVEC ÉPANCHEMENT PURULENT. — MORT,

Par M. Dennetières,

Angèle B...; 49 ans, ménagère, n'a pas d'antécédents morbides héréditaires ni personnels. Elle a eu 4 enfants avec couches faciles. Jusqu'en novembre 1888, elle avait toujours été bien réglée ; alors apparurent des pertes rouges qui continuèrent sans interruption pendant 8 mois, puis cessèrent pendant quelque temps. De plus, depuis trois mois, la malade a vu son ventre grossir progressivement.

Elle ne perdit plus depuis que des liquides sanguinolents (eaux rousses) ; mais ses forces diminuèrent sensiblement et elle prit une teinte cachectique.

A son entrée, le 11 février, dans le service de M. le professeur Duret, elle se plaint de rétention d'urine. Elle affirme n'avoir pas uriné depuis 3 jours. On ne retire cependant par le cathétérisme qu'un litre environ. A l'inspection, le ventre est très volumineux, mais non étalé ; l'ombilic est saillant.

A la palpation, on a une légère sensation de flot, mais seulement dans les flancs.

On trouve dans la fosse iliaque et surtout le flanc droit, une masse plus grosse qu'une tête de fœtus, remontant jusqu'à l'hypochondre et jusqu'à la ligne ombilicale ; on la circonscrit assez bien et on peut même la mobiliser un peu. — Elle est rénitente.

A gauche, il existe une douleur assez forte à la palpation du flanc, mais on ne sent pas de masse solide.

La percussion donne de la matité dans les flancs, surtout au niveau de la tumeur, suivant les limites sus-mentionnées, et au-dessus du pubis. — Entre le flanc gauche et la tumeur, il existe une zone de sonorité correspondant au côlon descendant.

Au toucher vaginal, le col est à 8 cent. environ ; il est très effacé, déformé, ulcéré ; le museau de tanche, très ouvert, laisse écouler du sang qu'on ramène au doigt. Les culs-de-sac, surtout le postérieur, sont pleins et durs. La matrice est fixe.

Au toucher rectal, on trouve une masse dure, un peu douloureuse, dépendant du cul-de-sac postérieur. Pas de mobilisation par les touchers combinés, non plus que par le palper et le toucher réunis. Enfin, la malade ne va à la selle que tous les trois à quatre jours.

A cause de la présence d'une tumeur kystique dans le flanc droit,

et des signes de néoplasme malin constatés par le toucher du côté de l'utérus et du rectum, on pense à une tumeur végétante de l'ovaire avec propagation secondaire du côté de l'utérus. Le diagnostic de cancer primitif du corps de l'utérus est agité un instant ; mais à cause de sa rareté et de la présence du kyste, on reste en suspens.

D'ailleurs, en tout état de choses, et étant donné l'état cachectique avancé de la malade, l'intervention n'était pas possible. On se contenta de calmer les douleurs abdominales par des injections morphinées et les cataplasmes laudanisés. On activa la défécation par les lavements ; on sonda régulièrement la malade : les urines exhalaient une odeur ammoniacale insupportable. La malade mourut quatre jours après son entrée, probablement de péritonite : vomissements porracés, météorisme, douleurs, rétention d'urine.

Autopsie. — Le ventre est fortement distendu. Au niveau de l'ombilic, il présente 86 cent. de circonférence.

A l'ouverture, il s'écoule environ deux litres d'un liquide franchement purulent, avec exsudat déposé sur les anses intestinales. A droite de l'abdomen, au-dessous de l'ombilic, se trouve une poche kystique, du volume d'une tête de fœtus à terme, et qui, à l'incision, laisse écouler un litre de liquide jaune citrin, tout à fait différent du liquide purulent sus-mentionné. La poche est adhérente au péritoine ; sa surface extérieure est parsemée de noyaux cancéreux blanchâtres ; sa surface interne est entièrement lisse.

Le foie, tapissé d'exsudat purulent, présente superficiellement des noyaux néoplasiques.

L'épiploon gastro-colique dur, rétracté, cancéreux, attire l'estomac en bas, vers le côlon transverse distendu par les matières fécales.

Tout le petit bassin est rempli par une masse dure, se confondant à la périphérie avec le péritoine. La vessie est indemne.

L'utérus est transformé en une masse du volume des deux poings, molle, blanchâtre, de 0,10 cent. de hauteur.

Après incision, on trouve au centre la cavité du corps ulcérée, déchiquetée, anfractueuse. L'épaisseur de la paroi postérieure est de 4 c. 1/2. Le vagin commence à être envahi en quelques points.

Le kyste est adhérent à la corne droite de l'utérus. Il ne paraît pas par lui-même absolument cancéreux : il semble qu'il y ait coexistence des deux tumeurs.

Les annexes gauches cancéreux font corps avec l'utérus. Le rectum est adhérent à la matrice. La surface externe est envahie à 8 ou 10

cent. de l'anus, au niveau du col utérin ; la muqueuse n'est pas ulcérée.

Les ganglions lombaires sont cancéreux. L'examen histologique de la tumeur, effectué par M. le prof. Augier, a démontré qu'il s'agissait d'un cancer encéphaloïde.

Réflexions. — 1° Il est très probable que nous avons eu affaire à un cancer primitif du corps de l'utérus. Tout cet organe très hypertrophié était transformé en une masse cancéreuse. L'âge de la malade, les pertes d'eaux rousses prolongées sont en faveur de cette hypothèse. — Mais le cancer ne serait-il pas le résultat d'un épithélioma ascendant de la cavité cervicale ? Dans le cancer intra-cervical, il est rare que le fond ou une portion des parties latérales du corps ne reste pas indemne. Le cancer du col envahit ordinairement la vessie et le rectum, et les ulcère. Ici, le summum des lésions est beaucoup plus élevé.

2° Cette observation mérite de l'intérêt à cause de la rareté du cancer primitif du corps de l'utérus. Richot (thèse, Paris, 1876 : Sur le cancer primitif du corps de l'utérus) donne une moyenne de 3 sur 45 cas de cancer utérin. Au-dessous de 40 ans, on a ordinairement affaire à l'encéphaloïde, comme c'est le fait pour notre malade.

3° A cause de la masse kystique, le diagnostic devait être fait avec la tumeur végétante primitive de l'ovaire, mais la plupart des signes physiques et fonctionnels étaient pour le cancer utérin. L'envahissement des annexes et de tout l'abdomen était secondaire. Le kyste a une paroi interne tout à fait lisse, indemne de toute production cancéreuse, et semble s'être développé isolément.

4° La rétention d'urine avec vessie saine présentée dans les derniers jours, était due sans doute à la péritonite. Celle-ci s'était développée et avait donné lieu à un épanchement purulent à la suite de l'envahissement du péritoine par le néoplasme.

5° Le traitement dans les cancers du corps ne peut être que palliatif, car on ignore les limites du mal.

(*L'Echo médical.*)

DIAGNOSTIC DES TUMEURS DE L'ABDOMEN.

M. Minkowski, privatdocent et assistant de la clinique médicale du prof. Naunyn, à Strasbourg, recommande le gonflement artificiel de l'estomac par le gaz acide carbonique et les injections massives

d'eau dans le gros intestin comme un excellent moyen de reconnaître le siège exact des tumeurs abdominales.

Depuis deux ans cette méthode est employée avec succès à la clinique de M. Naunyn dans tous les cas de tumeur abdominale palpable et quand l'état des forces du malade permet de l'appliquer. On détermine d'abord la position de la tumeur, l'estomac étant vide, et on enregistre exactement cette position sur un schéma graphique. Puis on fait avaler au malade du bicarbonate de soude et de l'acide tartrique en quantité suffisante pour bien distendre l'estomac par le gaz carbonique, on constate le déplacement de la tumeur abdominale ainsi obtenu et on l'enregistre sur le schéma. Après avoir ensuite extrait de l'estomac, au moyen d'une sonde œsophagienne molle, tout le gaz qu'il contenait, on verse dans le gros intestin deux à trois litres d'eau. L'eau est introduite, au moyen de l'appareil à entonnoir de Hégar, à une pression modérée (ne dépassant pas 30 à 50 mm. de la colonne barométrique). On enregistre alors sur le schéma le nouveau déplacement de la tumeur et aussi, autant que possible, la position des anses intestinales remplies d'eau.

Au moyen de cette méthode d'exploration, MM. Naunyn et Minkowski ont étudié jusqu'à présent 110 tumeurs abdominales qui intéressaient vingt-deux fois le foie, trois fois la vésicule biliaire, seize fois la rate, vingt-sept fois l'estomac, onze fois l'intestin, huit fois le mésentère, dix-sept fois les reins, cinq fois l'ovaire et une fois le pancréas (kyste pancréatique).

Les déplacements des tumeurs obtenus par les procédés indiqués sont caractéristiques pour aider au diagnostic du siège des néoplasmes abdominaux dans les cas douteux.

NOUVELLES

Prix de la Société royale des sciences médicales et naturelles de Bruxelles (année 1889-90). Une des questions données pour le prix Nentin est la suivante : Diagnostic et traitement de la grossesse extra-utérine. Prix : une somme de 500 francs. La Compagnie se réserve d'accorder des médailles d'une valeur à fixer à deux des concurrents qui, sans avoir mérité le prix, auraient cependant présenté un travail digne de l'insertion dans l'un des journaux de la Société. Les mémoires écrits lisiblement en français devront être adressés au se-

crétaire de la Société M. le Dr Stiénon, rue du Luxembourg, 5, à Bruxelles, avant le 1er juillet 1890. Ils devront être accompagnés d'un billet cacheté contenant les noms, qualités et domicile de l'auteur et portant sur l'enveloppe la reproduction de la devise ou de l'épigraphe inscrite en tête du mémoire. Tout manuscrit envoyé à la Société devient sa propriété. Tout mémoire couronné sera imprimé, soit en entier, soit en partie, dans l'un des journaux publiés par la Compagnie, et l'auteur aura droit à 100 exemplaires tirés à part de son travail.

BIBLIOTHÈQUE

I. **De l'effet thermo-chimique des eaux sulfureuses sur la périmétrite et la paramétrite chronique,** par le Dr Sabail. Paris, 1890.

II. **Actions des produits sécrétés par les microbes pathogènes,** par le Professeur Ch. Bouchard. Paris, 1890.

III. **Traitement de la goutte et des manifestations arthritiques aux eaux de Royat,** par le Dr C. A. Petit. Paris, Doin, 1888.

IV. **Cours de thérapeutique hydro-minérale,** par le Dr P. Bouloumié. Paris, 1890.

V. **La grippe à Paris et dans les hôpitaux en 1889-90,** par M. Marie Miropolsky. Paris, Ollier Henry, 1890.

Maladies des organes génitaux de la femme, par Carl Schrœder, 2e édition française, trad. de Lauwers. — Bruxelles, Manceaux, éd., 1890.

La première édition française du Traité des maladies des femmes de Schrœder, traduite sur la 6e édition allemande, a été épuisée en quelques années, c'est assez dire que ce remarquable ouvrage a été apprécié comme il le méritait, et a eu, chez nous, le même succès qu'en Allemagne. C'est le meilleur éloge qu'on en puisse faire.

La seconde édition, qui vient de paraître, a été traduite sur la 7e édition allemande ; ce n'est donc pas un nouveau tirage seulement, mais bien une nouvelle édition que nous présentons à nos lecteurs.

Nous ne pouvons songer à analyser un volume compact de 572 pages, nous rapellerons seulement l'ordre suivi par l'auteur, ordre qui est resté le même que dans la précédente édition, c'est-à-dire : 1° exploration gynécologique ; 2° maladies de l'utérus ; 3° changements de situation et de forme de l'utérus ; 4° néoplasmes de l'utérus ; 5° de la menstruation et de ses anomalies ; 6° maladies des oviductes ; 7° maladies des ovaires ; 8° néoplasmes de l'ovaire ; 9° maladies des ligaments de l'utérus et du péritoine pelvien ; 10° maladies du vagin ; 11° maladies de la vulve et coccygodynie.

Nous signalerons (p. 24) au chapitre : dilatation de l'utérus quelques

additions portant sur le dilatateur de Schrœder, celui de Hégar, celui de Schultze et sur la méthode de Vulliet ; (p. 32) un petit chapitre nouveau sur l'antisepsie gynécologique ; (p. 184) l'appréciation sur l'hystéropexie abdominale contre les rétro-déviations : « C'est à l'avenir de décider, dit Schrœder, si le résultat obtenu justifie une opération aussi grave » ; (p. 216) le jugement relativement peu enthousiaste de l'auteur sur l'hystérectomie vaginale, l'hystéropexie abdominale et l'opération d'Alexander dans les prolapsus utérins ; (p. 261) un éloge relatif de l'hydrastis canadensis dans les fibrômes, et une courte mention de la méthode de M. Apostoli. Sa statistique personnelle de myomotomie, portée à 164 cas, avec 49 morts, donne 28 0/0 de mortalité (p. 275), mais il pense que les résultats deviendront encore meilleurs. Quant au curettage dans le cas de fibrômes (p. 283), l'appréciation est la même que dans l'édition précédente ; on nous permettra de la trouver un peu sévère : « Ce procédé est très efficace, dit-il ; malheureusement, il n'est pas sans danger. Par suite des troubles apportés ainsi dans la nutrition de la tumeur, le myome se gangrène rapidement et donne du pus aussitôt que des principes infectieux parviennent dans l'utérus. Qu'on ne se hâte donc point de faire d'emblée le raclage de l'utérus, lorsque l'hémorrhagie est abondante ; qu'on réserve cette opération au seul cas où la perte de sang, même accompagnée de danger de mort, est indiquée à tout prix. » Les faits que nous connaissons ne concordent pas avec cette manière de voir ; nous savons du reste que, dans les dernières années de sa vie, Schrœder faisait volontiers le curettage dans les fibrômes hémorrhagiques et qu'il a pu éviter ainsi, dans bien des cas, la myomotomie. Au sujet du cancer, de nouvelles statistiques empruntées à Hofmeier (p. 325) viennent corroborer les idées précédemment défendues par l'auteur ; la question reste, pour nous, en litige. Le chapitre des salpingites (p. 366) a été un peu étendu ; la salpingotomie est recommandée dans les pyo-salpinx à moins que le pus soit bien enkysté et qu'il n'y ait pas de réaction péritonéale.

Dans les ovarites (p. 389) la castration « donne parfois d'excellents résultats ; d'autres fois, elle ne procure pas à beaucoup près, une guérison complète. » Les chapitres : périmétrite et paramétrite (p. 460 à 483) ont été remaniés ; l'auteur les divise en périmétrite non infectieuse et périmétrite infectieuse ; cette division conduit à des modifications dans le traitement. L'utilité de l'incision vaginale et du drainage dans l'hématocèle suppurée est indiquée (p. 496).

— Telles sont les principales modifications qui nous ont frappé à la lecture de la 2e édition, sans que nous ayons la prétention de les avoir toutes signalées ; elles suffisent pour montrer que l'ouvrage a été tenu au courant des acquisitions récentes de la science gynécologique.

En terminant, nous ferons de nouveau nos compliments au traducteur, M. Lauwers (de Courtrai), pour l'habileté avec laquelle il s'est acquitté de sa tâche. Nous ne doutons pas que cette 2e édition n'ait le même succès que la précédente, et ce succès ne sera que légitime.

J. B.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

137. — Retard apporté à la menstruation par l'usage thérapeutique des bromures. — Le docteur ERNST, dans la *Wiener medizinische Blaetter*, 1er août 1889, appelle l'attention des médecins sur ce fait, que l'administration des préparations bromurées, et en particulier des bromures de potassium et de sodium, produit un retard marqué dans l'apparition successive des périodes menstruelles. A l'appui de cette communication, il cite le cas d'une jeune fille de 18 ans qu'il traitait pour des convulsions épileptiques. Les accès épileptiques avaient débuté lorsqu'elle n'avait que 6 ans. Réglée à 14 ans, elle avait des époques régulières depuis quatre ans, malgré son infirmité, lorsqu'elle fut soumise à la médication bromurée. On lui prescrivit quotidiennement d'abord trente, puis quarante-cinq gouttes de bromure de sodium. Sous l'influence de ce traitement, les attaques devinrent plus rares et moins intenses. Mais en même temps, on remarqua que les menstrues, qui jusque-là s'étaient toujours montrées exactement à leur époque habituelle, ne paraissaient plus qu'à des intervalles de cinq, six et même huit semaines. Un autre fait semblable a été observé chez une femme épileptique, qui était également sous l'influence d'un traitement bromuré. Les détails de ces observations donnent à penser à l'auteur que les retards menstruels étaient bien réellement produits par l'action du bromure. Sans doute, pour se faire une opinion rationnelle, il faudrait d'autres faits. Mais ceux-ci ne doivent pas être négligés. En effet, dans la pratique il se présente bon nombre de cas où le rapprochement anormal des époques menstruelles devient dangereux. En pareil cas, l'emploi du bromure de potassium ou de sodium convenablement appliqué est généralement sans inconvénient et peut rendre de réels services. C'est donc à étudier. (*The ther. Gaz.*, 15 nov. 1889.)

***

138. — Traitement de la métrite aiguë. (De SINÉTY.) — Si la fièvre et les douleurs sont intenses, 15 à 20 sangsues sur l'abdo-

men, grands bains tièdes prolongés pendant deux et trois heures, applications de glace dans un sac de caoutchouc, en interposant un linge mouillé entre la peau et la vessie de glace. — Onctions pendant dix minutes avec une pommade contenant : onguent napolitain 30 grammes, extrait de belladone et extrait d'opium ââ 3 grammes ; ou bien avec un liniment composé de : huile d'amande douce 30 grammes, chloroforme 8 grammes, teinture d'opium 4 grammes. — En outre, administrer l'opium à l'intérieur sous forme pilulaire ou sous forme d'injections hypodermiques. — Combattre la constipation à l'aide des laxatifs, la diarrhée par des lavements opiacés. — Si la métrite est à l'état subaigu et que l'introduction du spéculum ne soit pas douloureuse, on remplace les sangsues appliquées sur le ventre par des scarifications pratiquées directement sur le col.

* * *

139. — Pilules purgatives.

Scamonée....................	0 gr. 75 centigr.
Extrait de rhubarbe..........	0 gr. 50 —
Calomel.....................	0 gr. 10 —

F. S. A. 5 pilules.

Prendre une pilule toutes les heures. Ces pilules sont excellentes pour faire sécréter la bile.

(*France méd.*)

* * *

140. — Injection hypodermique contre les métrorrhagies.

Chlorhydrate d'hydrastinine..........	1 partie.
Eau distillée........................	10 —

Injecter le contenu de 1/2 à 1 seringue de Pravaz.

(*Rev. de Thér. méd. clin.*)



141. — Du tamponnement avec l'onguent napolitain dans les affections utérines, par M. le Dr Hardy. — Cette médication consiste dans l'application locale sur les exsudats chroniques de tampons enduits d'onguent napolitain. Les résultats sont plus favorables que ceux des frictions sur les aines. Il consiste à appli-

quer ce topique par la voie vaginale sur l'exsudat même (*Annales de la Société médico-chirurgicale de Liége*, février 1890). Par dix observations de métrite, de périmétrite et d'endométrite chroniques, M. Hardy justifie les conclusions suivantes :

1° Sous l'influence de ce pansement, il se produit une sédation de la douleur ;

2° Après un mois de traitement environ, les règles sont très fréquemment augmentées en quantité et en durée.

(*Rev. gén. de Clin. et de Thér.*)



142. — Menthol contre les vomissements de la grossesse. — Le menthol est préconisé contre les vomissements de la grossesse ; on le prescrit sous forme d'une potion, d'après la formule suivante :

Menthol.....................	1 gramme.
Alcool......................	20 —
Sirop simple................	30 —

dont on administre une cuillerée à café toutes les heures.



143. — L'hydrastinine contre les métrorrhagies. — L'hydrastinine fut obtenue par Will en chauffant légèrement l'hydrastine avec l'acide azotique dilué et en précipitant le produit par un alcali.

D'après cet auteur, l'hydrastinine se prête beaucoup mieux à l'emploi thérapeutique que l'hydrastine, grâce à son action excitante sur le muscle cardiaque et surtout à la constriction persistante sur les parois vasculaires. De plus, étant dépourvue de toute action irritante sur les tissus, elle peut être prescrite sans danger en injections sous-cutanées.

S'étant assuré sur lui-même que l'injection sous-cutanée d'hydrastinine n'est pas accompagnée de douleurs (il n'a ressenti que de l'engourdissement et du refroidissement), l'auteur l'a essayée sur 26 femmes (7 métrorrhagies sans lésions anatomiques appréciables, 2 pyosalpingites, 3 métrites chroniques et 5 métrites hyperplasiques simples, 9 myomes) qui toutes souffraient de métrorrhagies assez profuses. Il s'est servi de la solution suivante :

Chlorhydrate d'hydrastinine...	1 gramme.
Eau distillée................	10 grammes.

D. S. — Pour injections sous-cutanées ; à injecter 1/2-1 seringue de Pravaz.

Sur ces 26 cas, 22 (84 0/0) ont été guéris ou notablement améliorés ; les insuccès ne furent notés que chez 4 femmes (16 0/0). Il est à remarquer que l'auteur n'a pas choisi ses cas et que la plupart de ces malades avaient déjà essayé en vain l'ergotine ; quelques-unes même furent opérées sans résultat aucun. L'influence bienfaisante de l'hydrastinine se manifeste surtout dans le cas d'endométrite, de myome, de ménorrhagie purement congestive.

Il est assez probable que l'hydrastinine se montrera aussi utile dans le travail : en effet, quelques femmes ressentaient quelque chose qui rappelait assez bien les douleurs pendant le travail.

On n'a pas observé de suppuration, ni douleurs très fortes ; assez souvent survenaient des nodules douloureux à la pression, mais non spontanément, et disparaissant d'eux-mêmes après quelques jours.

L'amélioration se maintient plusieurs mois après la cessation du traitement. (*Nouv. Remèdes*, janv. 1890.)

***

144. — Solution antiseptique Meillère-Laborde.

Bichlorure de mercure..............	25 centigr.
Sulfate de cuivre..................	ãã 1 gramme.
Chlorure de sodium..............	
Acide tartrique..................	50 centigr.
Bleu soluble.....................	1/2 à 1 centigr.
Eau distillée.....................	ãã 10 grammes.
Glycérine........................	

***

145. — Préparation des crayons à base de savon. (Jacques-Garesnier.) — Le professeur Tarnier ayant voulu, dans son service de la Clinique, faire l'essai de crayons savonneux semblables à ceux que M. le Dr Tripier emploie dans le traitement des maladies utérines, M. Garesnier, après quelques difficultés, est arrivé à un résultat satisfaisant.

La formule donnée était la suivante :

Sulfate de cuivre pur.............	1 partie.
Savon blanc de Marseille..........	30 —

F. s. a. des crayons de 12 centimètres de longueur et de 3 à 4 millimètres de diamètre.

Modus operandi. — Pulvériser très finement le sulfate de cuivre dans un mortier de porcelaine chauffé, puis triturer en ajoutant :

Glycérine pure à 30°.............	XXX gouttes.
Huile de ricin........	X —

Ajouter ensuite le savon, préalablement râpé, et mélanger exactement. Introduire la pâte molle ainsi obtenue dans un vase à précipité, et porter au bain-marie, à la température de 100°, de manière à obtenir une masse semi-fluide. Aspirer cette masse dans des tubes de verre de diamètre convenable, la comprimer pour assurer sa complète homogénéité à l'aide d'un mandrin (un fil de fer assez gros et rigide, terminé par un tampon d'ouate, peut remplir le but). Laisser refroidir, pousser ensuite les crayons au dehors, les recueillir sur une feuille de papier buvard, les couper à la longueur voulue et les conserver dans un flacon bouché.

M. Garesnier a pu préparer facilement, en opérant de la même manière, des crayons à la créosote répondant à la formule suivante :

Créosote de goudron de hêtre	1 partie.
Savon blanc de Marseille.........	4 —

Et il serait tout aussi facile de préparer des crayons à l'iodure de potassium, à l'acide phénique et autres substances actives.

(*J. des Conn. méd.*, 2 janv. 1890.)

***

146.— Traitement de la dysménorrhée. — Le professeur Goodel recommande les formules suivantes dans le traitement de la dysménorrhée :

Bromure d'ammonium...........	8 gr.
Bromure de potassium...........	16 gr.
Esprit ammoniacal aromatique...	24 gr.
Eau camphrée.............q. s.	pour faire 200.

Administrer toutes les deux ou quatre heures une cuiller à dessert ou une cuiller à bouche selon le cas.

Esprit ammoniacal aromatique....	âã 30 gr.
Ether nitreux alcoolisé...........	

Une cuiller à café toutes les deux ou quatre heures.

Chloral.........	8 gr.
Bromure de potassium...........	16 gr.
Eau camphrée..................	200 gr.

Une cuiller à bouche toutes les deux ou quatre heures. Si la surexcitation nerveuse est calmée, il croit très utile d'administrer une des pilules suivantes :

Acide arsénieux.................	1 milligr.
Sulfate de fer sec...............	5 décigr.
Extrait d'assa fœtida.............	1 décigr.

Pour 1 pitule.

Une pilule après chaque repas. Puis, au bout de quelques jours, deux après chaque repas. (*Journal American Med. Assoc.*)



147. — Grippe chez les enfants, traitement, par le Dr Comby. — J'ai donné en ville, comme tout le monde, l'antipyrine et la quinine, associéees ou isolées. Je me suis abstenu systématiquement, au Dispensaire, de toute médication active, et je n'ai pas remarqué de changement dans l'évolution de la maladie.

Le plus souvent, j'ai associé le sulfate de quinine à l'antipyrine, en petits cachets contenant 10 centigrammes de chaque médicament, que les enfants prenaient au nombre de trois ou quatre par jour.

Je n'ai pas cru devoir donner les fortes doses d'antipyrine conseillées par quelques médecins, pour éviter tout risque d'intoxication thérapeutique.

N'étant pas sûr d'être utile, je ne voulais pas m'exposer à être nuisible.

Je me suis bien trouvé des évacuants dans tous les cas : aux enfants, qui vomissaient et qui toussaient, j'ai prescrit la potion d'ipécacuanha, à la dose de 1/2 ou 1 gramme — suivant l'âge — dans un demi-verre d'eau sucrée.

A ceux qui présentaient surtout l'état saburral et la constipation, j'ai donné des purgatifs, le calomel ou la scammonée, à la dose de 50 centigrammes, l'huile de ricin à la dose de 15 grammes.

A tous j'ai recommandé de garder le lit ou la chambre, et de suivre une diète mitigée — lait, bouillon, tisanes.

Quand les symptômes d'embarras gastrique se prolongeaient, je revenais à la médication évacuante et j'ajoutais trois ou quatre cachets contenant chacun 20 centigrammes de naphtol et 20 centigrammes de salicylate de bismuth.

Je n'ai pas à indiquer le traitement des complications, malgré son importance, mais j'insiste sur la nécessité d'un régime réparateur pendant la convalescence et d'une thérapeutique stimulante et tonique — œufs, laitages, purées de viande et de légumes ; sirop d'iodure de fer, huile de morue, bains salés, séjour à la campagne, etc.

(*Rev. de thér. méd.-chir.*)



148. — Du traitement de la coqueluche par les pulvérisations, par FORSTER. — On a essayé dans ce but les divers antiseptiques en insufflations d'iodoforme, d'acide borique, d'acide salicylique. Chez les enfants plus âgés on a pratiqué des douches nasales avec la solution de sublimé au cinquantième en évitant toute déglutition du liquide. Enfin, on a proposé des onctions sur les narines avec la pommade à l'iodoforme. M. Forster préfère à ces médications et à l'emploi classique de la belladone l'usage des pulvérisations phéniquées et cocaïnées.

Le spray cocaïné, qu'il prescrit, contient dix à quarante centigrammes de chlorhydrate de cocaïne pour trente grammes d'eau. On en alterne l'emploi avec un spray résorciné, titré à dix ou vingt centigrammes de résorcine pour la même quantité d'eau. Les pulvérisations du premier sont pratiquées toutes les deux heures et celles du second, toutes les trois heures. Il en a obtenu vingt fois des succès.

(*Medical Chronicle.*)





149. — Injections antileucorrhéiques. (DELIOUX DE SAVIGNAC.)

Faire bouillir dans un litre d'eau trente grammes de *feuilles de myrte.*



150. — Du tamponnement antiseptique de la cavité

utérine après l'accouchement, par M. le docteur E. Blanc. — L'idée de traiter les hémorrhagies graves post-partum, en mettant des tampons dans la cavité utérine, remonte à plus d'un siècle. Leroux employa ce moyen avec succès. En 1875, Binet rapporta trois observations d'hémorrhagies graves, consécutives à la délivrance et arrêtées par l'introduction dans l'utérus de bourdonnets de charpie imbibés de perchlorure de fer pur.

C'est Dührssen qui est, en réalité, le promoteur du tamponnement antiseptique de la matrice après l'accouchement.

MM. Fraipont, Auvard, Bœcker adoptèrent cette pratique.

Mais quand faut-il faire le tamponnement ?

Lorsque l'hémorrhagie post-partum ne cède pas aux moyens ordinairement efficaces.

Parfois le sang provient d'une déchirure du col ou du vagin. Dans ces cas quelques sutures suffisent pour arrêter l'hémorrhagie. Mais quand il n'existe aucune plaie apparente, on est obligé d'avoir recours :

1° A l'injection antiseptique chaude à 50 degrés ;

2° A l'ergot de seigle ;

3° A la compression de l'utérus à travers l'abdomen ;

4° A l'introduction de la main dans la matrice ;

5° A la compression de l'aorte.

Quand ces moyens ont été vainement essayés, il faut pratiquer le tamponnement de l'utérus.

Pour mener à bien cette petite opération, il faut fixer le col à l'aide d'une pince tire-balle et porter dans la cavité utérine, avec une longue pince à pansement, une bande de gaze iodoformée.

L'utérus est soigneusement bourré.

On achève en tamponnant modérément la cavité vaginale.

Mais avant d'introduire la gaze dans la matrice, on aura soin de faire un lavage antiseptique de la cavité utérine.

(*Province médicale.*)

***

151. — Un traitement systématisé de la diphthérie pharyngée. — Il a été formulé en partie par M. Jules Simon et consiste dans l'emploi de moyens locaux et d'une médication générale.

I. Traitement local. — Ce sont des badigeonnages, des pulvérisations, des gargarismes et des irrigations antiseptiques.

1° *Badigeonnages*. — On les pratique avec les pinceaux en forme d'olive : l'un, à sec, et en employant une certaine force pour détacher les exsudats, doit précéder l'application du topique ; l'autre est opéré avec le topique ainsi formulé :

Acide salicylique.....................	1 gramme.
Alcool.....................................	q. s.
Glycérine.................................	40 grammes.
Infusion d'eucalyptus..................	50 —

Répéter ce badigeonnage d'heure en heure pendant le jour.

Si les fausses membranes résistent, remplacer le collutoire précédent par le glycérolé classique au perchlorure de fer :

Glycérine................................	ãã 20 grammes.
Perchlorure de fer.....................	

2° *Irrigations*. — Après chaque badigeonnage, pratiquer une irrigation avec l'eau boriquée à 2 pour 100 ou à l'eau de chaux. On fait usage à cet effet d'un siphon ou bien d'un réservoir de verre muni d'un tube. Toutefois il est impossible d'employer ces irrigations chez les enfants en bas âge.

3° *Gargarismes*. — Ils ne sont possibles que si l'enfant est assez âgé. On les pratique avec l'eau boriquée ou la solution de coaltar.

4° *Pulvérisations*. — Utiles chez les enfants tout jeunes, on les répète cinq ou six fois par jour avec l'eau phéniquée, la solution de thymol ou la teinture d'eucalyptus.

5° *Pommade résolutive*. — On la prescrit contre les adénites douloureuses. Ici, on peut faire usage de la pommade iodurée et belladonée vulgaire, dont voici l'une des formules :

Extrait de belladone...................	3 grammes.
Iodure de potassium...................	2 —
Vaseline..................................	30 —

II. Traitement interne. — 1° Alimenter le malade. Alcool à la dose de 30 à 40 grammes par jour. Quinquina, coca et surtout kola.

2° Pratiquer l'antisepsie de la chambre par des pulvérisations phéniquées ou les vapeurs térébenthinées.

3° Administrer le perchlorure de fer à raison de X à XX gouttes par jour ; ou bien, si l'enfant est plus âgé (douze à quinze ans), essayer le baume de copahu et de cubèbe à hautes doses.

Cubèbe	60	grammes.
Copahu	60	—
Sous-carbonate de fer	4	—
Sous-nitrate de bismuth	1	—

F. s. a. 4 bols à prendre dans la journée.

(*Mercredi Médical.*)

***

152. — Suppositoires contre la dysménorrhée. (FARLOW.)

Extrait de cannabis indica	15	milligr.
— de belladone	15	—
Beurre de cacao	50	gr.

Mêlez. — Pour un suppositoire. En faire cinq semblables.

Introduire un suppositoire tous les soirs, à partir du cinquième jour avant les règles.

***

153. — Pilules contre la bronchite des dysménorrhéiques.

Extrait d'aconit	1	gramme.
Extrait de jusquiame	1	—
Armoise pulv	q. s.	pour 20 pilules.

Une pilule, matin et soir, aux personnes qui éprouvent de la bronchite congestive occasionnée par la dysménorrhée. — Pour tisane, de l'infusion de fleurs pectorales, additionnée de sirop de safran. — Léger badigeonnage de teinture d'iode à la partie supérieure du thorax et entre les épaules. — Sinapismes aux membres inférieurs, tous les deux ou trois jours.

(*Un. méd.*)

***

154. — Liniment contre les crevasses du mamelon. (SCARFF.)

Baume du Pérou	ãã 2	grammes.
Teinture d'arnica		
Huiles d'amande douce	30	—
Eau de chaux	15	—

Mêlez. — Onctions sur le mamelon crevassé, chaque fois que l'enfant a fini de téter.

***

155. — Prophylaxie de la scarlatine. — 1° Isolement des scarlatineux aussi précoce, aussi complet que possible.

2° Cet isolement doit durer jusqu'à la desquamation complète de la plante des pieds et de la paume des mains.

3° Les personnes qui soignent des scarlatineux ne doivent avoir de rapports avec aucun autre malade ou, lorsque cela est impossible, doivent prendre toutes les précautions pour ne pas être des agents de propagation (porter des vêtements spéciaux dans les salles, se laver les mains avec des solutions sublimées ou phéniquées).

4° L'air des salles des malades sera renouvelé plusieurs fois par jour d'une façon complète, en mettant ceux-ci à l'abri des courants d'air.

5° Tout le linge sale des malades sera plongé, dans la salle même, dans une solution phéniquée à 3 %, puis bouilli avec du savon à la potasse.

6° Les habits que les malades avaient à leur entrée et ceux qu'ils ont porté pendant leur convalescence doivent être désinfectés à la vapeur. Au lieu de mouchoirs, ils auront des compresses de toile qu'on brûlera ensuite.

Les chaussures seront frottées avec une solution phéniquée à l'intérieur et à l'extérieur (on coupera les cheveux des malades dès le début ; de même on leur désinfectera la bouche tous les jours) (Demme).

On désinfectera la salle et les objets qui y sont contenus de la façon suivante :

Les murs peints à l'huile ou couverts de papier seront frottés avec de la mie de pain qu'on brûlera ensuite, on lessivera, on changera les papiers ; on donnera une couche aux murs blanchis à la chaux.

Le parquet, les meubles de bois, de fer, seront lavés avec une solution phéniquée.

Les couvertures, rideaux, matelas seront désinfectés par la chaleur.

Avant de réhabiter une chambre de scarlatineux il faudra y établir des courants d'air pendant plusieurs jours (jour et nuit).

7° Les scarlatineux ne seront pas conduits à l'hôpital dans les voitures publiques, mais dans des voitures spéciales faciles à désinfecter, voiture ambulance que les communes devront faire avoir et entretenir.

8° Il faudra faire attention à la propagation par des tiers, par des animaux domestiques, par des objets divers (jouets, gâteaux, couverts, etc.) (*Fortschritte der Médecin*, 1889 n° 5,175, et *Paris médical.*)

***

156. — Potion contre les vomissements incoercibles. (RANDOLPH.)

Créosote	X gouttes.
Acide acétique	XX —
Sulfate de morphine	0,06
Eau distillée	30 grammes.

Deux à trois cuillerées à café toutes les demi-heures.



157. — Traitement de la péritonite aiguë par l'opium à hautes doses. — On sait combien est peu favorable le pronostic de la péritonite aiguë, et l'on n'ignore pas que les guérisons de cette affection sont rares. Lorsqu'on a obtenu des succès thérapeutiques, sans recourir à une opération aussi radicale que la laparotomie, c'est presque toujours à l'emploi de l'opium à hautes doses qu'ils étaient dus.

Sous quelle forme faut-il administrer l'opium ?

On peut recourir à son alcaloïde, et prescrire des injections hypodermiques de morphine. Toutefois, ce moyen exige la présence du médecin à des heures déterminées et expose, en outre, à des phénomènes d'intoxication, vu le grand nombre de piqûres qu'on doit faire.

Pour ces raisons, et aussi par suite de l'action locale que l'opium exerce sur la muqueuse gastrique, il convient d'accorder la préférence à l'opium lui-même.

Comment faut-il l'administrer ?

Si les vomissements ne sont pas trop fréquents et si le malade ne rejette pas le médicament, on doit le donner par la voie stomacale, sous forme d'extrait thébaïque, à la dose de 20 à 50 centigrammes dans les vingt-quatre heures ; mais il faut avoir soin de le prescrire à doses fractionnées, de matière à obtenir la tolérance.

Quand le malade ne peut rien garder, on a recours à la voie rectale ;

on peut employer soit l'extrait thébaïque, soit de préférence le laudanum de Sydenham, en tenant compte que 4 grammes de ce composé correspondent environ à 25 centigrammes d'extrait d'opium.

On peut employer en même temps quelques autres moyens adjuvants de ce traitement : l'immobilité, la glace sur le ventre (à moins que la température ne soit au-dessous de la normale), pour calmer les douleurs et prévenir le ballonnement ; les boissons glacées (champagne frappé ou grog) contre les vomissements.

Comme alimentation, on ne donnera aux malades que du lait ou du bouillon glacé et par petites quantités à la fois. Enfin, on s'abstiendra de purgatifs quelconques pour combattre la constipation prolongée qui est consécutive au traitement par l'opium. (*Semaine médicale.*)

***

158. — Autre mixture contre les vomissements incoercibles. (H. HUCHARD.)

Teinture d'iode..................	ãã 5 grammes.
Chloroforme.....................	

M. s. a. — Cinq gouttes matin et soir, au moment du repas, dans un peu d'eau.

***

159. — L'hydrastinine contre les métrorrhagies. — L'hydrastinine est facilement soluble dans l'alcool, l'éther et le chloroforme, moins soluble dans l'eau chaude. Avec la plupart des acides elle forme des sels très solubles dans l'eau dont l'hydrochlorate convient le mieux aux buts médicaux. La solution aqueuse de la base pure est de réaction nettement alcaline. M. E. Falk (*Thérap. Monasth.* 1890, 19) a obtenu de très bons résultats en faisant usage sous-cutané de l'hydrastinine dans les cas de métrorrhagie provenant de l'endométrite ou du myome et plus particulièrement dans les cas de dysménorrhée congestive et d'hémorrhagies menstruelles excessives, provoqués par des changements, survenus dans la texture utérine. Dans ces derniers cas il est convenable de commencer le traitement 6 — 8 jours avant la période menstruelle en faisant une injection sous-cutanée de 1/2 seringue de Pravaz par jour d'une solution de 1 % = 0,05 gr. d'hydrastinine. Lorsque l'aménorrhée se déclare, on en injecte, jusqu'à sa cessation complète, toute une seringue par

jour. Dans les cas de ménorrhée se déclarant d'une manière irrégulière, M. Falk a injecté 2 — 3 fois par semaine 0,05 gr. d'hydrastinine. D'après ce savant, on se sert le mieux de la solution suivante :

Chlorhydrate d'hydrastinine....................	1,0 gr.
Eau distillée.................................	10,0 —

D. S. Pour injections sous-cutanées ; injecter 1/2 — 1 seringue de Pravaz.

***

160. — Traitement de la coqueluche par les insufflations nasales. — M. Beltz, dans une communication faite au dernier *Congrès de médecine interne,* à Vienne, a appliqué la doctrine des névroses réflexes au traitement de la coqueluche. Dans une série de cas on a employé les insufflations nasales avec une poudre composée d'*une partie de nitrate d'argent et de dix parties de magnésie*. Selon l'intensité de maladie, les insufflations furent pratiquées tous les jours ou 3 fois par semaine seulement. Elles ont provoqué une inflammation catarrhale de la muqueuse du nez plus ou moins forte. Par ce traitement, la durée de la maladie ne fut pas abrégée : mais les accès devinrent moins nombreux et moins intenses, et les vomisssements diminuèrent. (*Mercredi médical.*)

***

161. — Gingivite des femmes enceintes. (PINARD.) — M. Pinard recommande la solution suivante contre la gingivite des femmes enceintes :

Hydrate de chloral............................	5 grammes
Alcoolat de cochléaria........................	5 —

Faites dissoudre. On enlève le tartre des dents, puis on applique cette solution, tous les jours sur le bord libre des gencives enflammées à l'aide d'un instrument dont l'extrémité, enveloppée d'un bourrelet de ouate, sert de petite éponge. La cautérisation qui se produit est peu profonde; car l'eschare blanche et très superficielle qui en résulte disparaît généralement vingt-quatre ou trente-six heures après l'application. La durée moyenne du traitement n'a pas dépassé douze jours.

***

162. — Sur le traitement de la fièvre puerpérale par l'alcool, par le professeur A. Martin, de Berlin. (*Berliner Klinik*, fasc. 7.) — Il a été rendu compte, dans ce recueil, du traitement préconisé par M. Lunge, contre la septicémie puerpérale, traitement qui consiste dans l'administration de l'alcool à très hautes doses, combinée avec les bains et une alimentation très fortifiante. Le professeur Martin a eu recours à l'administration de l'alcool à hautes doses, dans 18 cas de fièvre puerpérale : il a remplacé les bains par l'administration d'un antipyrétique (le plus souvent l'antipyrine), lorsqu'il y avait lieu d'agir contre la fièvre. En fin le traitement local (lavages intra-utérins, extraction des caillots des débris de placenta) a été pratiqué avec un soin tout particulier.

L'alcool était administré sous forme de cognac, de rhum, de vins généreux, de champagne : 1/2 bouteille de cognac ou de rhum, 1/2 bouteille de champagne, 1 à 2 bouteilles de bordeaux. Une des femmes traitées par M. Martin, a absorbé en l'espace de six semaines : 17 bouteilles de cognac, 13 bouteilles de bordeaux, 27 demi-bouteilles de champagne, 4 demi-bouteilles d'autres vins généreux et 6 bouteilles de porter.

Le résultat s'est chiffré par 13 guérisons sur 18 cas traités, et M. Martin, se déclare partisan de l'administration de l'alcool à hautes doses, dans les cas de fièvre puerpérale.

FORMULAIRE

Traitement des adénomes bénins du sein par les pommades résolutives. (Jules Chéron.)

Les adénomes bénins du sein sont relativement fréquents ; ils sont caractérisés par de petites tumeurs se confondant plus ou moins avec la masse de la mamelle, de la grosseur d'une noisette, d'une noix ou un peu plus, ne produisant pas d'altération de la peau qui n'est pas adhérente à leur niveau, n'ayant pas non plus d'adhérences avec les muscles pectoraux ; leur développement est lent et régulier ; ils ne s'accompagnent pas d'adénites axillaires ; les douleurs qu'ils provoquent sont médiocres, c'est plutôt de la gêne, de la pesanteur, de la lourdeur que les malades se plaignent et elles consultent surtout dans la crainte d'avoir un cancer du sein.

Contre les tumeurs du sein qui présentent les caractères que nous

venons d'énumérer, on emploie ordinairement les onctions quotidiennes ou biquotidiennes avec les diverses pommades résolutives à l'iodure de potassium, à l'iodure de plomb, les pommades mercurielles.

La compression locale peut rendre des services à la condition d'être faite avec un soin suffisant ; il faut faire une compression graduée, méthodique en augmentant progressivement le degré de la striction.

Mais la compression demande à être faite chaque fois par le médecin, aussi les pommades résolutives devront-elles être être essayées tout d'abord.

Celles que je viens de rappeler sont connues ; je n'ai donc pas à en donner la formule. Elles m'ont du reste paru être toujours inférieures à la pommade suivante qui associe l'action résolutive du savon mou de potasse à celle de l'extrait de digitale.

J'ai employé isolément ces deux substances ; leur efficacité n'est pas douteuse, mais il m'a semblé incontestable que cette efficacité était doublée lorsqu'on les associait au lieu de les utiliser séparément. En raison de la finesse de la peau au niveau de la région mammaire, et pour éviter des excoriations pénibles, il est utile d'ajouter de l'axonge au savon mou de potasse. C'est pourquoi je recommande la formule suivante :

Savon mou de potasse................	20 grammes.
Axonge............................	40 grammes.
Extrait de digitale....................	4 grammes.

pour lotions biquotidiennes sur le sein atteint d'adénome.

J'ai eu l'occasion d'appliquer récemment ce traitement chez une malade de ma clinique ; au bout de 15 jours, on pouvait constater que l'adénome avait presque complètement disparu, et, après un mois de traitement, la guérison était complète.

Il est certain que la pommade résolutive au savon mou de potasse et à l'extrait de digitale agit très rapidement sur les adénomes bénins du sein ; il faudrait donc être très réservé sur le pronostic et se tenir prêt à intervenir chirurgicalement si on ne voyait aucune amélioration se produire, car il s'agirait probablement d'une tumeur maligne au début dont la nature aurait été méconnue.

Directeur-Gérant, Dr J. CHÉRON.

Clermont Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

DES TROUBLES ET DES AFFECTIONS OCULAIRES D'ORIGINE GÉNITALE, CHEZ LA FEMME.

Nous avons passé précédemment en revue les troubles hépatiques (1) et les troubles gastriques (2) d'origine génitale chez la femme, et nous nous proposions de poursuivre cette étude si intéressante des troubles réflexes d'origine utérine, à l'occasion des diverses publications qui seraient faites sur ce sujet. Nous sommes heureux de pouvoir aujourd'hui aborder un nouveau côté de cette question, grâce à la thèse très intéressante de M. E. Gendron (3), qui résume et complète les travaux des ophtalmologistes sur les rapports qui existent entre certaines affections oculaires et certains troubles ou certaines affections de l'utérus. Nous nous bornerons du reste à analyser l'auteur que nous venons de citer, car, d'une part, nous n'avons pas la compétence nécessaire pour discuter la question au point de vue ophtalmo-

(1) J. Batuaud. *Revue méd. chir. des maladies des femmes*, mars 1888.

(2) J. Batuaud. Des troubles gastriques et en particulier des vomissements d'origine génitale chez la femme, en dehors de la grossesse. *Rev. des mal. des femmes*, avril 1888.

(3) E. Gendron. Etude sur quelques cas d'affections oculaires d'origine utérine. *Th. de Paris*, 1890.

logique, et, d'autre part, presque toutes les observations sont un peu incomplètes au point de vue gynécologique. Un grand progrès pourrait être réalisé, dans cet ordre de travaux, par la collaboration de deux spécialistes, complétant l'un par l'autre leurs observations et traitant simultanément leurs malades.

Au point de vue historique, nous nous contenterons de signaler l'importante monographie de Cohn (1), analysée par M. Valude dans la *Semaine médicale* (26 février 1890).

1° Les *troubles oculaires de la menstruation* sont assez nombreux. A la puberté, on peut observer des *hémorrhagies du corps vitré* (Dor, 1884) qui disparaissent avec l'instauration menstruelle, des *amauroses* (id.) coïncidant avec des hémoptysies supplémentaires des règles et qui cessent avec le retour des époques par la voie normale. Des *kératites*, des *iritis séreuses*, des *hémorrhagies rétiniennes*, des *névrites optiques* et l'*amaurose* ont été observées par Power (1887), en coïncidence avec des troubles menstruels.

M. Trousseau (Soc. d'Ophtalm. de Paris, juin 1890) a publié un cas d'*irido-choroïdite cataméniale*, chez une femme atteinte d'endométrite. M. Gendron donne deux nouvelles observations de *choroïdite* survenant par poussées au moment des règles, ou les remplaçant, chez des personnes arrivées à l'époque de la ménopause et atteintes de métrite. Les *hémorrhagies rétiniennes* et le *glaucôme* peuvent également s'observer à la ménopause (Valude, Gendron, Panas).

2° *Troubles oculaires de la grossesse et de l'accouchement.*

La *rétinite albuminurique* et l'*amaurose urémique* de la grossesse sont assez fréquentes, ce qui se conçoit sans peine étant donné la fréquence de l'albuminurie chez les femmes enceintes. Les *hémorrhagies de la rétine* ne sont pas rares pendant la grossesse ; le *glaucôme hémorrhagique* a été observé par M. Teillais. Les grossesses répétées peuvent amener une *amblyopie* qui peut aller jusqu'à l'*amaurose*, par atrophie et, plus rarement,

(1) Salo Cohn. Uterus und Auge, etc. Weisbaden, 1890.

par névrite du nerf optique. M. Chevallereau (*Fr. méd.*, 30 mai 1890) a publié plusieurs observations d'*hémianopsies* consécutives à des hémorrhagies utérines survenues pendant l'accouchement ou après celui-ci. M. Gendron en réunit huit cas dans sa thèse.

3° *Troubles oculaires dans l'état puerpéral et dans les états inflammatoires de l'utérus et de ses annexes.*

Ce sont surtout l'*irido-choroïdite suppurative* et la *panophtalmie* qui ont été observées comme complications de la fièvre puerpérale ; il s'agit, d'une façon évidente, d'embolies de streptocoques partis de la plaie utérine.

Il resterait à étudier les troubles oculaires en rapport avec les états inflammatoires de l'utérus et de ses annexes, mais, comme le dit M. Gendron, c'est la partie la moins explorée de la question. Les *asthénopies* ne sont pas rares chez les femmes dont les organes génitaux sont malades, mais la relation de cause à effet est bien établie pour quelques cas, notamment pour celui de Lediard (1885), dans lequel on voit une hémiopie disparaître après une ovariotomie pour kyste de l'ovaire, pour ceux de Powley (*New-York med. Journal*, 13 février 1886) dans lesquels des asthénopies disparurent après un traitement utérin et pour celui de M. Gendron : asthénopie guérie par la destruction d'adhérences périmétriques au moyen du massage.

Enfin, dans les déviations utérines, on peut voir des troubles oculaires variables, fugaces, tels que *amblyopies,* hyperesthésies ou anesthésies de la rétine à la lumière, soit encore de l'*asthénopie*.

En terminant son travail, l'auteur que nous analysons, esquisse la question de *pathogénie*. Il attribue une part importante à l'altération du sang pour les troubles qui surviennent pendant la grossesse et apres les hémorrhagies utérines ; il croit que, dans les cas dits réflexes, l'affection utérine réveille souvent les manifestations oculaires d'une diathèse, et, enfin, il insiste avec raison sur le rôle joué, dans bien des cas, par l'infection partie de l'utérus. La conclusion s'impose de rechercher l'état des fonctions génitales, en présence des troubles oculaires, que nous venons de

citer et d'instituer un traitement local approprié en même temps que l'on soigne l'affection oculaire.

JULES BATUAUD.

LE DRAINAGE DE LA CAVITÉ UTÉRINE

Par les voies naturelles,

Par le Dr JULES CHÉRON, Médecin de Saint-Lazare.

(*Suite*)

—

IV. *Action thérapeutique du drainage.*

Etant donné la connaissance de l'action physiologique du drainage de la cavité utérine, quelles indications est-il permis d'en déduire ?

1° En première ligne, se place l'action pure et simple de drainage, qui consiste à favoriser l'écoulement des liquides plus ou moins retenus dans la cavité utérine. Certaines formes d'endométrite, et en particulier celle qui accompagne les rétro-déviations de l'utérus, ne reconnaissent pas d'autre cause que la stagnation des sécrétions dans lesquelles la muqueuse baigne constamment. On comprend quel rôle important viendra remplir le drainage dans les endométrites par macération dues à la rétroversion et à la rétroflexion. L'utilité du drainage est encore évidente dans les endométrites catarrhales, purulentes et exfoliatrices ; si la lésion n'est pas trop invétérée, il y a lieu d'espérer que la muqueuse, ne baignant plus dans des sécrétions anormales d'une part, et, d'autre part, subissant une action décongestive continue par le contact permanent du drain, pourra revenir progressivement à un état qui rapprochera de plus en plus de l'état normal. Quant aux endométrites franchement hémorrhagiques, ce n'est guère qu'après le curettage qu'on songera à les soumettre au drainage, mais, après l'emploi de la curette, l'introduction d'un drain dans la cavité utérine est tout à fait indiquée afin d'éviter la rétention

des liquides et des débris de muqueuse et leur altération dans la cavité utérine, ce qui pourrait produire des accidents. Nous discuterons du reste cette indication plus loin, et nous parlerons, à ce sujet, des moyens récemment proposés en Amérique pour obtenir le drainage dans les affections de l'endométre.

L'existence de kystes tubaires venant compliquer l'endométrite n'est pas une contre-indication à l'emploi du drainage de la cavité utérine ; bien mieux, si le kyste tubaire est profluent et se vide dans l'utérus, il est de toute utilité d'empêcher les réinoculations de l'endomètre qui pourraient s'effectuer par l'évacuation du contenu des trompes dans la cavité utérine et par leur rétention dans cette cavité.

2° Si on envisage, au contraire, l'action irritative causée par la présence du drain dans la cavité, action irritative susceptible d'éveiller des phénomènes réflexes dans les centres nerveux de l'appareil utéro-ovarien, on comprend le drainage agissant dans les cas de congestion passive et d'engorgement et, par cela même, pouvant porter remède à l'aménorrhée et à la dysménorrhée. On comprend aussi son action dans les cas de régression incomplète, avec ou sans rétro-flexion, où la stimulation permanente du drain, sur les parois de la cavité utérine sollicite des actes réflexes incessants, grâce auxquels, l'innervation et la circulation étant activées, la nutrition se réveille dans l'organe qui tend à revenir à une forme et à des dimensions qui se rapprochent de la normale.

3° Il ne nous reste plus qu'à envisager le drainage dans les cas de sténose et d'atrésie du méat et du canal cervical, avant ou après une opération, alors que le drain doit maintenir écartées les parois du canal ou les lèvres du méat qui tendent à se réunir et à rendre stérile l'intervention chirurgicale.

La sténose du méat cervical est congénitale ou acquise ; dans les deux cas on peut y remédier, soit par la dilatation, soit par le débridement de l'orifice à l'aide de l'instrument tranchant « bistouri hystérotome » ou du cautère en couteau rougi par la thermaucaustie ou par la galvanocaustie.

Quel que soit le moyen employé, il est habituel de voir la sténose se reproduire et souvent même avec un degré d'étroitesse plus considérable. Pour s'opposer à la reproduction de la sténose nous avons cru devoir employer le drainage et dans neuf cas, c'est avec un plein succès que nous en avons fait usage. Si c'est par la dilatation « laminaria, éponge préparée, dilatateurs à branches, sondes de filière etc. », que la sténose a été traitée, le drain peut être mis en place aussitôt que la dilatation lui livre un libre passage. Si la sténose a été combattue par le bistouri ou par le feu, il faut attendre la chute des eschares pour mettre le drain en place et obtenir son passage facile.

L'indication du drainage est encore bien nette dans les cas de sténose du canal cervical due à la présence de valvules. Ces valvules résultent de la tendance qu'a la muqueuse du canal à se détacher en partie ou en totalité, maintenue seulement au niveau de l'isthme, et à venir lentement « tantôt une face de la muqueuse, tantôt les deux à la fois », faire hernie au méat sous la forme d'ectropion. C'est dans cette évolution lente que se produisent ces replis, ces valvules qui sont une cause de dysménorrhée, de stérilité et de nombreux réflexes morbides, dont l'origine est souvent méconnue.

Dans ce cas, le drainage, aussi bien que dans l'ectropion de l'une seule des faces de la muqueuse, présente une indication nette et précise. Il vient en aide à la dilatation qui prépare le terrain en tassant la muqueuse et permet l'introduction du drain, dont l'action topique irritante, suivie de l'écoulement que l'on connaît, détermine l'adhésion de la muqueuse du canal cervical aux tissus sous-jacents, et, par conséquent, l'arrêt de son évolution de renversement ou de prolapsus.

Dans les différents cas de sténose, le drain, laissé en place pendant plusieurs semaines, crée une sorte de canal nouveau, une sorte de trajet fistuleux dont la muqueuse a repris sa densité première par le fait d'une inflammation adhésive profonde, la destruction des hypertrophies papillaires et la guérison de l'endométrite cervicale, avec réparation de son épithélium.

Contre-indications.

Le drainage de la cavité cervico-utérine comporte quelques contre-indications qu'il est indispensable de faire connaître.

Je n'ai jamais employé le drainage dans les cas où il existait une inflammation pelvienne aiguë : salpingo-ovarite aiguë, pelvipéritonite aiguë ou cellulite pelvienne aiguë. Un état subaigu du côté de l'utérus en contre-indiquerait également l'application. On peut, au contraire, y recourir sans danger dans les inflammations pelviennes chroniques et surtout, comme nous l'avons dit, dans les kystes tubaires profluents. Ce moyen ne saurait être employé, non plus, avec une sensibilité exagérée de l'utérus, « utérus irritable », ni avec une névralgie utérine ou une névralgie lombo-abdominale intense, dont il amènerait l'exacerbation.

Enfin, le drainage de la cavité utérine ne pourrait être employé, sans imprudence, si la malade ne peut garder le repos, pendant les premiers jours, en prenant les soins que nous employons, dans cette circonstance, et que nous allons énumérer.

Soins préliminaires.

Toute application de drainage de la cavité utérine doit être précédée d'un traitement préparatoire. Il est facile d'en comprendre la nécessité. L'énumération des lésions de l'utérus dans lesquelles nous l'avons employé avec de bons résultats peut, à elle seule, faire apprécier l'utilité incontestable de cette préparation. En effet, dans chacun de ces états, « endométrite, métrite avec ou sans régression incomplète, avec ou sans rétroflexion, ectropion, etc. », le traitement déplétif par les scarifications, les pansements osmotiques, les injections très chaudes, en faisant disparaître la congestion sanguine de la congestion lymphatique qui coëxistent fatalement, atténue la sensibilité morbide de l'organe et le rend beaucoup plus tolérant.

Nous avons noté, sans qu'aucune exception se soit produite, que les malades qui avaient suivi un traitement déplétif avant

l'application du drain, présentaient une tolérance plus grande et plus rapidement complète que celles qui n'y avaient pas été soumises.

Les contre-indications que nous avons signalées plus haut pouvant, pour la plupart, disparaître sous l'influence de ces soins préliminaires, le drainage cesse donc d'être contre-indiqué après l'emploi de ces moyens.

VII.— *Soins consécutifs.*

Aussitôt après l'introduction du drain, il faut appliquer un pansement osmotique sur le museau de tanche, afin d'empêcher le retour de la congestion ; un sac de glace doit être laissé en permanence sur la région hypogastrique pendant 2 ou 3 jours au moins, et l'administration du bromure de potassium, dont l'action modificatrice du pouvoir excito-moteur de la moelle est bien connue, produira à la dose fractionnée de 2 grammes par jour, de concert avec les autres moyens, « pansement et glace », une sédation qui évitera, à la malade, les quelques douleurs du début et l'agacement nerveux que j'ai parfois observés.

Quelques malades n'éprouvant aucun malaise demandent à se lever au bout de 48 heures. J'estime, d'après mes observations, qu'il est bon, par prudence, de les maintenir en repos pendant 7 à 8 jours. Après ce temps écoulé, on peut leur permettre d'aller et venir, de reprendre les habitudes de la vie, en proscrivant toutefois les rapports sexuels, en les mettant en garde contre la fatigue, la constipation et les refroidissements et en conseillant le repos absolu pendant la période menstruelle.

Jusqu'ici, j'ai appliqué le drainage de l'utérus dans 124 cas. Il s'est produit un seul accident, qui d'ailleurs n'a pas présenté une gravité exceptionnelle.

Une malade atteinte d'endométrite purulente, se met à frotter la salle aussitôt après l'application du drain dans la cavité utérine, au lieu de se mettre au lit et de prendre les précautions prescrites. Il en résulte un phlegmon du ligament large qui se termine par délitescence en deux mois.

Assurément cet accident n'eût pas eu lieu, si la malade n'eut commis cette grave imprudence.

On comprend qu'il en serait de même dans toute opération d'ignipuncture, d'ablation de polype, de dilatation, etc., à la suite de laquelle les malades ne garderaient pas le repos.

Applications thérapeutiques du drainage de la cavité utérine.

Maintenant que nous connaissons la techniqne du drainage de la cavité utérine, son action physiologique et son action thérapeutique, il nous sera facile d'en déduire les applications de ce mode de traitement. J'ai déjà énuméré à plusieurs reprises, dans le cours de ce mémoire, les troubles fonctionnels, « aménorrhée, dysménorrhée, congestion chronique de l'appareil utéro-ovarien » et les affections, « endométrite, sub-involution compliquée ou non de rétro-déviation, période d'infiltration de la métrite chronique » qui sont justiciables du drainage, lequel agit, dans ce cas, comme moyen curatif, tandis que, dans d'autres circonstances, « sténoses et atrésies utérines, endométrite hémorrhagique simple ou compliquée de phlegmasie péri-utérine chronique, il ne représente qu'un moyen adjuvant, dont l'utilité n'en est pas moins incontestable. Je ne saurais me borner à une énumération aussi brève et sans commentaire des applications du drainage de la cavité utérine ; bien au contraire, il y a tout avantage, dans l'intérêt même de la méthode, à bien préciser les indications et à les appuyer sur une discussion tout au moins rapide des divers cas qui peuvent se présenter.

Les troubles fonctionnels seront analysés en premier lieu.

Aménorrhée (1). — L'aménorrhée n'est qu'un trouble fonc-

(1) Le mot aménorrhée « α privatif ; μηv, mois ; ρεω je coule » signifie : absence extérieure de flux menstruel et comprend deux ordres de faits très différents :

1. Dans le premier, la sécrétion menstruelle à lieu, mais le sang ne peut trouver une issue au dehors, par suite d'un obstacle congénital ou accidentel

tionnel, ou, si l'on veut bien, un symptôme; mais ce symptôme acquiert une telle gravité qu'il doit être étudié, au point de vue thérapeutique, avec autant de soins qu'une affection déterminée.

Laissons de côté les cas où l'aménorrhée est en rapport avec l'absence des ovaires et de l'utérus ou avec un développement tout à fait rudimentaire des organes génitaux ; ce sont des cas très rares heureusement, car ils sont au-dessus des ressources de l'art. Dans la plupart des autres variétés, le drainage de la cavité utérine est appelé à rendre les plus grands services soit qu'on se trouve en présence d'un retard dans l'apparition des règles, soit que celles-ci se suppriment temporairement après s'être montrées pendant un temps plus ou moins long, soit qu'il y ait cessation prématurée des menstrues.

Une jeune fille ayant dépassé, depuis plusieurs années, l'âge normal de la nubilité, ou une jeune femme bien constituée, d'une santé à peu près bonne, n'a jamais eu ses règles. Le plus ordinairement, l'examen des organes génitaux montre, en pareil cas, un col très petit, un utérus très peu volumineux et un corps et un col toujours d'une longueur au-dessous de la moyenne, c'est-à-dire, variant de 5 centimètres à 4 centimètres et demi, et même moins encore. Dans ces conditions, les ovaires sont développés dans la même proportion. Ainsi, ils sont généralement si petits que, chez certaines femmes, on a beau déprimer les parois abdominales, chercher à déterminer la situation des organes, à provoquer la sensation pénible que détermine la pression, il est difficile de rien trouver de bien caractéristique. Eh bien, dans ces circonstances, on peut considérer comme une sorte d'arrêt de développement, à la dernière heure, cet état de l'appareil utéro-ovarien qui a, pour

situé sur un point quelconque du canal vulvo-vagino-utérin; ce sont les aménorrhées par rétention ou mieux les rétentions menstruelles congénitales ou acquises.

2. Dans le second, ce n'est plus l'excrétion mais bien la sécrétion qui fait défaut, ce sont les aménorrhées proprement dites, les seules que nous avons en vue ici.

cette raison, reçu le nom d'absence de maturation utéro-ovarienne. J'ai observé un grand nombre de ces faits et j'ai démontré (1) qu'il suffit alors de stimuler l'appareil utéro-ovarien à l'aide du galvanisme pour ramener en peu de temps la sensibilité, le volume et la fonction dans ces organes, pour ainsi dire endormis. Mais la galvanisation n'est pas le seul mode de stimulation qui ait produit de bons résultats. Les auteurs qui ont employé les tiges galvaniques de Simpson, en s'entourant des précautions nécessaires, ont montré que leur puissance était de tous points comparables à celle de l'électricité et que l'irritation produite, par la tige galvanique, dans l'utérus, se communique indirectement aux ovaires qui se développent parallèlement à cet organe. Néanmoins, ce mode de traitement fut peu employé en France, car on redoutait les accidents sérieux que le séjour, dans la cavité utérine, d'une tige rigide pouvait provoquer. Les mêmes craintes ne pourraient subsister avec les drains en crin de Florence qui se moulent sur la forme de la matrice, qui ne produisent jamais des pressions localisées, mais agissent sur de larges surfaces, enfin dont l'irritation peut être réglée en augmentant ou en diminuant le nombre des brins qui le constituent.

Les mêmes considérations seraient à présenter au sujet de l'aménorrhée par superinvolution utérine, après l'accouchement. Dans cet état, dont on doit la description à Simpson, le travail de régression de l'utérus après la délivrance se continue, au delà du terme normal, sous l'influence d'une lactation excessive ou d'accidents puerpéraux, tels que : hémorrhagies abondantes, pelvi-péritonite etc. L'utérus « et souvent aussi les ovaires » présentent les caractères que j'attribuais tout à l'heure à l'absence de maturation. Par suite, les mêmes méthodes de traitement sont applicables, dans les deux cas, et, en particulier, le drainage de la cavité utérine.

De même que l'absence de maturation utéro-ovarienne, la

(1) Jules Chéron. Troubles de la menstruation. *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*, Juin 1881.

chloro-anémie survenant à l'époque de la puberté peut empêcher indéfiniment l'apparition des règles. Or, par cette raison même que la menstruation tarde à s'établir, l'état de la malade devient plus inquiétant. Cette jeune fille ne peut reprendre ses forces et les globules s'abaissent peu à peu ; toutes les fonctions deviendront languissantes. Alors apparaissent des troubles nerveux qui peuvent aller jusqu'à l'hystérie franche, de l'irritabilité de caractère, de l'insomnie, des troubles gastro-intestinaux avec dégoût pour les aliments ou bien une perversion plus ou moins remarquable de l'appétit. Il faut bien le savoir, chez ces aménorrhéiques par chloro-anémie, ce qui manque, ce n'est pas le sang vers l'utérus ; au contraire, toutes les jeunes filles qui n'ont jamais eu leurs règles et qui ont de la chloro-anémie ont de la congestion de l'appareil utéro-ovarien. Par suite même de cette congestion établie à l'état chronique, l'utérus est turgide, son volume est exagéré, les vaisseaux sont gorgés de sang et la contractilité de l'organe est endormie, alors qu'elle devrait acquérir un haut degré de puissance pour exagérer la pression du sang dans les capillaires et produire l'hémorrhagie menstruelle. En d'autres termes, il y a stase sanguine et perte de contractilité au lieu d'y avoir fluxion franche, fluxion hémorrhagipare.

On comprend quel avantage il y aurait, en pareil cas, à obtenir la déplétion du système vasculaire de l'utérus et en même temps à augmenter la tonicité et la contractilité de l'organe. La déplétion seule ne saurait être suffisante, car ses résultats ne seraient que passagers ; si l'inertie de la matrice persistait, l'afflux du sang produit par l'ovulation aurait pour conséquence de ramener à nouveau le même état congestif de l'appareil utéro-ovarien, sans hémorrhagie critique, et tout serait à recommencer. C'est de là que vient, à n'en pas douter, la difficulté qu'on éprouve à guérir l'aménorrhée des chlorotiques. Cette difficulté n'existe plus avec le drainage tel que je l'ai exposé et tel que je conseille de l'employer. On peut ici débuter par le drain en érigne qui produit une irritation vive, déchire les fins capillaires de la muqueuse du corps de la ma-

trice et réalise, en peu de jours, une déplétion marquée du système vasculaire du méso-arium et du méso-métrium. Mais il ne faut pas s'en tenir là, ainsi que le faisait le Dr Schwarz, de Halle. Lorsque cette première action aura été obtenue, et on fera en sorte de la faire coïncider avec la période où la malade accuse des signes de molimen menstruel, on remplacera le drain en érigne par un drain en anse dont l'action topique sera moins marquée, mais dont l'action réflexe sera assez puissante pour maintenir la décongestion, réveiller la tonicité des parois des vaisseaux et surexciter la contractilité du muscle utérin lui-même. Sous cette influence si, en même temps, on rend au sang sa richesse globulaire normale par des toniques, des reconstituants, par les ferrugineux et surtout par l'hydrothérapie, on verra bientôt les règles s'établir, puis revenir périodiquement avec une abondance croissante et, dès ce jour, la guérison est assurée.

Dans d'autres circonstances, l'aménorrhée se produit brusquement sous l'influence d'une cause qui a frappé directement la fonction menstruelle, telle que : refroidissements, impression morale vive, coups ou chutes, irritations excessives produites par le coït pendant les règles. On lui donne alors le nom d'aménorrhée idiopathique ; j'ai proposé de la dénommer aménorrhée par irritation périphérique et j'ai démontré que la paralysie des centres d'innervation vaso-motrice de la moelle lombaire et des ganglions lymphatiques de la région était la cause pathogénique du phénomène morbide. Dans ces conditions, l'érection menstruelle se produit incomplètement, puisque l'appareil musculo-érecteur (méso-arium et mésométrium) reçoit son innervation d'un centre qui a perdu en partie de sa puissance, et, d'autre part, les veines gorgées de sang opposent une résistance supérieure à la résistance normale, à leur compression par l'appareil si bien décrit par M. Rouget. Deux indications sont donc à remplir ici, et ce sont les mêmes que dans l'aménorrhée des chlorotiques : augmenter la tonicité des plans musculaires du mésoarium et du mésométrium et obtenir la

déplétion des vaisseaux qui les traversent. Le drainage de la cavité utérine, employé comme je l'indiquais plus haut, remplit admirablement cette double indication.

Il me resterait à étudier les aménorrhées symptomatiques, mais je n'ai que peu de choses à en dire par rapport au sujet qui nous occupe.

Les aménorrhées symptomatiques d'un état général grave ne sont pas justiciables d'un traitement local, et quant à celles qui sont sous la dépendance d'une inflammation utérine, ou bien cette inflammation est aiguë et le drainage est contre-indiqué par cela même, ou bien cette inflammation est chronique et alors l'aménorrhée n'est presque jamais absolue et présente peu d'importance relativement aux autres éléments morbides. Nous les étudierons du reste plus loin.

Malgré cette restriction qui ne porte que sur les aménorrhées symptomatiques d'un état général ou d'un état aigu de l'appareil utéro-ovarien, on voit que le drainage est un des moyens les plus puissants que nous puissions opposer à l'aménorrhée « par absence de maturation utéro-ovarienne, par superinvolution, par chloro-anémie, par irritation périphérique ou aménorrhée idiopathique ». Est-ce à dire qu'il doit être seul employé ? Nullement et rien n'est plus loin de ma pensée que l'exclusion des déplétifs locaux, « scarifications, pansements glycérinés, etc. », des modificateurs de l'irritation spinale localisée « sédatifs, révulsifs, médicaments spinaux », des moyens toniques et reconstituants, en tête desquels je place l'hydrothérapie. Pour obtenir un résultat rapide et durable, il faut utiliser tous ces moyens et les associer judicieusement au drainage de la cavité utérine.

J'ai employé ce dernier mode de traitement dans huit cas d'aménorrhée que je vais rapporter brièvement ; les deux observations suivantes ont été déjà publiées dans la thèse de M. Reilhac :

Observation I.

Aménorrhée en rapport avec une subinvolution utérine.

La nommée Julia R..., grande et forte italienne, âgée de 20 ans, entre à Saint-Lazare, dans mon service, lit 14, le 27 avril 1884, Elle exerce la profession de brodeuse à la machine. Elle a eu deux enfants, le premier à 16 ans, le second, à 17 ans.

La malade marche péniblement et se plaint de palpitations et d'oppression. Les muqueuses sont légèrement décolorées et, malgré son apparence de vigueur, la malade paraît un peu anémiée. L'estomac est, après les repas, le siège d'une tympanite pénible. L'auscultation ne révèle aucun souffle.

A l'examen, on trouve un col gros, violacé, mesurant quatre centimètres au cervicimètre, suivant son diamètre transversal. La profondeur de la cavité utérine est de 9 centimètres. Le toucher permet d'atteindre un utérus volumineux, débordant le col, douloureux à la pression et se laissant déprimer sous le doigt. Le col touche le plancher vaginal.

La température de la cavité utérine est de 38°,6. Les règles, après avoir été irrégulières pendant longtemps, sont complètement supprimées depuis trois mois.

Du 27 avril au 1er octobre. — La malade est traitée par les scarifications, les cautérisations au nitrate d'argent, les attouchements à la teinture d'iode, les bains et le sirop d'iodure de fer, sans résultats appréciables,

Le 10 octobre. — Un drain, composé de dix-huit brins de crins de Florence « disposés en érigne » est introduit dans la cavité. On prescrit le repos au lit et l'emploi quotidien du bromure de potassium (3 grammes) et de la quinine (0,20 centigrammes par jour en deux fois).

Pendant les six premiers jours, la malade se plaint de coliques continuelles, mais qui, quoiqu'assez vives pour la réveiller plusieurs fois pendant la nuit, n'empêchent pas le sommeil. Les autres fonctions s'exercent normalement.

Au cinquième jour apparaît un écoulement séro-sanguinolent qui persiste jusqu'au 26 octobre, pour devenir, à ce moment-là, muco-purulent jusqu'à la fin du mois de novembre. Avec l'apparition de l'écoulement, les douleurs s'espacent, puis disparaissent, et la malade a commencé à se lever, sans malaise, huit jours après l'application du drain.

Le 30 novembre. — Les règles supprimées depuis depuis 5 mois, apparaissent sans douleurs, quarante jours après l'introduction du

drain. A cette époque, le talon du drain commence à se montrer au dehors ; il est sorti de 5 à 6 millimètres. Les troubles gastriques se sont améliorés ; la dyspnée et les palpitations ont, en grande partie, disparu.

A la fin du mois de novembre, l'écoulement s'arrête.

Le 18 du mois suivant, les règles reviennent normalement et nous constatons que le drain est sorti de près de un centimètre. Il y a 10 semaines qu'il est en place. Le 6 janvier 1885, il est expulsé spontanément et la malade l'apporte, le matin, en venant au pansement.

Par le cathétérisme on constate que la cavité ne mesure plus que 0,07 centim. au lieu de 0,09 qu'elle avait auparavant. L'utérus et le col sont devenus beaucoup plus fermes et ne sont plus sensibles à la pression. Le diamètre transversal du col a perdu 5 millimètres. Le col ne touche plus le plancher vaginal ; la température utérine s'est abaissée à 37°8.

La malade sort de l'hôpital le 16 janvier 1885.

Remarques. — On voit que, dans cette observation, il s'agissait d'une aménorrhée datant de 5 mois, rebelle au traitement général et au traitement local habituellement employés en pareil cas, aménorrhée symptomatique d'une sub-involution avec abaissement de l'utérus et qui céda quarante jours après l'introduction d'un drain en érigne. Ces cas sont généralement favorables. Il est bon d'ajouter que l'arrêt de régression de la matrice, et son abaissement furent très heureusement influencés par le drainage et que la réduction obtenue dans la longueur de l'organe, en trois mois (2 centimètres) peut être considérée comme un très beau résultat. L'abaissement de la température intra-utérine, qui de 38°6 tomba à 37°8 suffirait à lui seul pour démontrer, que, loin de produire une inflammation traumatique par son contact, le drain a joué un rôle antiphlogistique confirmé par l'amendement de tous les autres symptômes accusés par la malade.

Observation II.

Aménorrhée avec catarrhe utérin.

Marie G.., 21 ans, lingère, entre dans mon service, à Saint-Lazare, salle Saint-Vincent, lit 16, le 14 août 1884, avec le diagnostic de métrite blennorrhagique.

Elle a eu un enfant, il y a deux ans.

La malade raconte que, depuis l'époque de la formation, elle a toujours eu d'abondantes pertes blanches, et que ces pertes, claires et propres avant la grossesse, sont devenues jaunâtres et plus abondantes encore après l'accouchement.

A l'examen, utérus lourd et volumineux ; col gros, laissant difficilement passer un muco-pus épais et visqueux ; longueur de la cavité : 85 millimètres. Température utérine : 38°4.

Les règles sont supprimées depuis 16 mois. La malade est pâle et affaiblie, mais son état ne paraît pas suffisamment anémique pour expliquer l'arrêt des règles.

Diagnostic : Catarrhe datant de la puberté, devenu purulent après une grossesse, avec aménorrhée par sub-involution.

Le drainage est pratiqué ;

Les premiers jours, l'écoulement est teinté de sang et il reste coloré et augmente d'abord pendant neuf semaines, époque à laquelle l'écoulement menstruel se reproduit, mais léger, durant quatre jours.

Après cette première époque menstruelle, l'écoulement cesse d'être sanguinolent et paraît moins abondant. Trente et un jours plus tard les règles apparaissent à nouveau ; elles durent quatre jours sans avoir leur couleur normale.

Pendant ce temps-là, l'état général de la malade s'est amélioré, surtout depuis le retour des règles, bien que celui-ci soit incomplet.

L'appétit est bon.

Une troisième époque survient 28 jours après la précédente : les règles sont fortement colorées et durent cinq jours. On songe à enlever le drain qui du reste fait une saillie de 10 à 12 millim. ; mais l'écoulement, quoique considérablement diminué, est cependant appréciable et l'on attend encore quinze jours.

Après cette période de temps, sur les instances de la malade, on enlève le drain.

L'écoulement persiste à peine, mais sa disparition n'est pas aussi complète qu'à l'ordinaire, et il a également eu ici une durée exceptionnelle de 22 semaines.

La cavité utérine a diminué de 1 centimètre et demi.

La température intra-utérine est de 37°9.

Cette observation donnerait lieu aux mêmes remarques que la précédente ; les résultats ont été encourageants, si l'on songe que l'aménorrhée datait de 16 mois et que la malade avait une de ces leucorrhées si tenaces qui datent de la puberté

et s'accentuent après chaque accouchement, chez les personnes profondément entachées de lymphatisme.

Observation III.

Aménorrhée congestive, consécutive à une pseudo-tuberculose, chez une chlorotique.

La troisième malade, âgée de 25 ans, est une petite personne amaigrie, ayant perdu l'appétit et les forces, sujette à des accès de quinte de toux sèche sans expectoration, et soignée, en ville, pour un début de tuberculose pulmonaire. Elle a eu un enfant, il y a deux ans et demi, et c'est depuis cette époque que sa santé s'est altérée. Le retour de couches s'est fait au temps habituel, la malade n'allaitant pas ; les règles suivantes ont diminué peu à peu de durée et d'abondance et, depuis 18 mois, tout écoulement menstruel a disparu. Cependant, il existe, à chaque époque, une sensation de pesanteur, marquée dans le petit bassin, des pertes blanches abondantes, des douleurs de reins, un peu de gonflement des seins, en un mot, des signes manifestes de molimen menstruel qui malheureusement n'aboutit pas. Si on examine la malade à ce moment, on trouve l'utérus lourd et peu mobile, en antéversion exagérée, « érection menstruelle », le col est très violacé, ainsi que les culs-de-sac du vagin.

Il s'agit évidemment d'un de ces cas d'aménorrhée congestive qui existent souvent chez les chlorotiques. La malade a, en effet, un sang pauvre en globules (3,500,000 par millimètre cube ; richesse globulaire 3,000,000 de globules normaux) ; on entend des souffles à timbre aigu dans les vaisseaux du cou ; souffle doux à la base du cœur ; teinte verdâtre du visage ; l'auscultation pulmonaire est à peu près négative, ce qui suffit à écarter la tuberculose, les accidents datant déjà de deux ans et demi.

J'applique un drain en érigne le 5 janvier 1886 ; coliques utérines pendant 5 jours, potion sédative. Chaque jour la malade prendra deux pilules de Valette. Le 10 janvier, écoulement séro-sanguinolent qui dure jusqu'au 20 ; à partir de cette époque, écoulement muco-purulent, fluide, très abondant ; la malade se lève et marche dans la salle et dans les cours, sans inconvénients.

Le 6 février, la malade a ses règles, mais l'écoulement est plutôt séro-sanguinolent que véritablement sanglant. A ce moment, le nombre des globules rouges a un peu augmenté (3,600,000), mais leur richesse globulaire est de 3,500,000, ce qui constitue une grande amélioration. L'époque dure 5 jours et la malade se trouve beau-

coup soulagée ; elle commence à avoir de l'appétit et le teint est plus coloré en même temps que les forces reviennent.

Ecoulement purulent du 11 février au 1er mars ; à cette date les règles surviennent et sont assez abondantes pendant quatre jours : cette fois, elles sont constituées par du sang fortement coloré comme dans les règles normales. Nombre de globules : 4,000,000 ; richesse globulaire : 3,950,000.

Le 10 mars, toute la surface des lèvres du col a repris la teinte rosée normale, sauf tout à fait au pourtour de l'orifice externe, déchiré à droite et à gauche et au niveau duquel existe un léger ectroption du canal cervical. Le drain sort de deux centimètres.

La malade se trouve beaucoup mieux : elle mange bien, a repris ses forces et un certain degré d'embonpoint ; la toux n'existe plus ; elle demande à sortir et, après avoir expulsé son drain, le 30 mars, elle obtient son exeat.

Observation IV.

Aménorrhée congestive datant de 30 mois, survenue à la suite de deux accouchements coup sur coup, qui avait entraîné un affaiblissement général, perte de l'appétit, amaigrissement, pseudo-tuberculose et drainage. Retour des règles au bout de 5 semaines. Expulsion du drain au bout de 6 semaines.

Cette observation est en tous points comparable à la précédente ; même origine de l'aménorrhée ; même état congestif de l'appareil utéro-ovarien ; mêmes résultats du drainage. C'est pourquoi je crois inutile de la publier en détail.

Observation V.

Aménorrhée congestive due à une chute dans un escalier. — Drainage.— Retour des règles au bout de six semaines.

Cette malade, entrée dans mon service pour des accidents secondaires de la vulve, nullipare, fait une chute dans un escalier au moment de ses règles. Celles-ci se suppriment brusquement.

On constate une congestion intense de l'appareil utéro-ovarien. Les époques suivantes font défaut ; des scarifications du col, l'application de sangsues à la face interne des cuisses, des bains de pieds sinapisés, les badigeonnages de la région lombaire avec la teinture d'iode sont employés sans résultats.

Je place un drain en érigne. Pas de coliques. Ecoulement san-

guinolent pendant six jours. Ecoulement muco-purulent à partir de ce moment et décongestion rapide de l'utérus.

Au bout de la sixième semaine, les règles surviennent et durent abondamment pendant quatre jours.

Le drain est expulsé spontanément la septième semaine.

La malade, guérie de ses accidents secondaires, obtient son exeat, le 10 février 1887.

Elle est revenue dans le service, à la fin de l'année 1887, pour une angine syphilitique et j'ai pu apprendre que les menstrues avaient été régulières depuis sa sortie. L'utérus est du reste absolument normal.

Observation VI.

Aménorrhée congestive due à une frayeur vive. — Drainage. — Retour des règles au bout de 6 semaines.

La malade qui fait le sujet de cette observation n'était plus réglée depuis un an. Les règles s'étaient supprimées à la suite d'une frayeur vive (1) ; son père était mort à table, à côté d'elle, frappé d'apoplexie.

Congestion intense de l'appareil utéro-ovarien par choc moral ; de même que chez la malade précédente, la même lésion était survenue par choc physique.

Le reste de l'observation est identique à celle qui précède.

Observation VII.

Aménorrhée par absence de maturation utéro-ovarienne. — Drainage. — Résultats incomplets.

Louise C.., 19 ans, entre dans mon service de Saint-Lazare pour une uréthrite, le 5 février 1885.

C'est une jeune personne peu développée, présentant tous les caractères de l'infantilisme et, en particulier, l'absence presque complète de poils de la partie pubienne.

Les seins sont à peine formés, les hanches mal dessinées.

(1) Ce n'est pas la première fois que j'observe cette ressemblance frappante entre les effets du choc physique et ceux du choc moral. En 1879, dans mes cours à l'Ecole pratique, publiés dans la *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes* (1879-1880) j'ai eu l'occasion de traiter ce sujet, et de parler longuement des congestions utérines par choc physique et par choc moral. C'est surtout lorsque la cause intervient au milieu de l'époque menstruelle que ses effets sont le plus marqués. J'ai vu, à la suite de choc moral, non seulement des aménorrhées transitoires, comme dans cette observation, mais aussi des ménopauses précoces, surprenant les malades en pleine période d'activité sexuelle.

La malade raconte qu'elle n'a jamais été réglée, mais à des époques irrégulières, elle a des pertes blanches abondantes, son caractère se modifie, elle devient plus irritable qu'à l'ordinaire, elle a des envies de pleurer sans motif, elle éprouve des vertiges, etc.; tous ces phénomènes se dissipent, au bout de quelques jours, pour réapparaître un mois ou deux ou trois mois plus tard.

A l'examen, je trouve un utérus très petit, mesurant 4 centimètres à l'hystéromètre, en antéflexion comme chez les jeunes filles non encore réglées. Les ovaires ne sont sentis qu'avec une extrême difficulté par l'examen bimanuel; ils sont en position normale et j'estime que leur grosseur est analogue à celle d'une grosse fève.

La malade m'ayant prié de faire tout pour qu'elle fût réglée comme toutes les femmes, j'appliquai le drainage, sans grande confiance, le 15 février 1887.

Ecoulement séro-sanguinolent pendant dix jours, puis écoulement purulent peu abondant pendant 5 semaines. Le drain est très bien supporté, mais ses effets sont peu appréciables; cependant, le 20 mars, la malade dit qu'elle perd du sang; je l'examine au spéculum et je constate qu'il s'agit seulement d'un écoulement séro-sanguinolent. Ce dernier dure trois jours, pendant lesquels Louise C... n'accuse que quelques douleurs de reins et des sensations de picotement au niveau des seins.

Le 25 mars, je retire le drain qui sortait de deux centimètres. La cavité utérine semble un peu agrandie; je trouve à l'hystéromètre, 4 cent. et demi. Les ovaires ne paraissent nullement modifiés comme volume, mais ils sont légèrement sensibles au palper.

Je tiens la malade en observation, sans drain. Le mois d'avril se passe sans que les règles surviennent. Le 1er mai, je place un second drain en érigne dans l'utérus qui mesure toujours 4 centim. et demi. Ecoulement séro-sanguinolent du 1er au 8 mai, puis écoulement muco-purulent assez abondant. Le 28 mai, légère apparition des règles qui durent trois jours, sans douleur. Je retire de nouveau le drain pour mesurer la longueur de l'utérus : je trouve 4 cent. 3/4. Les ovaires ne me semblent pas plus gros qu'il y a un mois.

Pas de menstruation pendant le mois de juin. Le 1er juillet, je place un troisième drain en érigne; les mêmes phénomènes se produisent, comme la dernière fois : règles le 30 juillet. Le drain retiré, je mesure l'utérus; l'hystéromètre donne 5 centimètres le 8 août, lorsque les règles venaient de finir, mais le 15 août, je ne trouve plus que 4 cent. 3/4.

A la fin du mois d'août, j'interroge la malade qui me dit avec ennui qu'elle n'a pas vu ses règles depuis que j'ai retiré le drain.

Longueur de l'utérus 4 centimètres 3/4. Je n'avais pas assez de confiance dans l'efficacité du drainage, dans un cas aussi mauvais pour chercher à la retenir dans le service ; aussi je lui donnai son exeat dans les premiers jours de septembre.

Observation VIII.

Aménorrhée par absence de maturation utéro-ovarienne. — Drainage. — Résultats incomplets.

Cette dernière observation pourrait être calquée sur la précédente, aussi je n'en donnerai que le résumé succinct.

Jeune fille, 21 ans, non réglée. Insuffisance de développement génital. Utérus en antéflexion mesurant 4 cent. et demi, dont 4 pour le col, qui est conique et sténosé. Ovaires gros comme des fèves.

Chaque fois qu'on applique un drain, il y a écoulement séro-sanguinolent pendant 5 à 6 jours, puis pertes blanches pendant 4 à 5 semaines au bout desquelles il y a un très léger écoulement sanguinolent pendant deux à trois jours.

Si on retire le drain et si on laisse l'utérus sans excitation artificielle, les règles ne surviennent pas.

Après quatre applications successives de drains en érigne, j'avais gagné 1 cent. seulement, ce qui donnait 4 cent. pour le canal cervical et 1 cent. et demi pour la cavité du corps de l'utérus.

La malade demanda à quitter le service et je ne pus pas pousser plus loin le traitement.

En résumé, les huit cas d'aménorrhée que j'ai eus à traiter par le drainage, se répartissent de la façon suivante :

1° Deux cas d'aménorrhée en rapport avec une sub-involution utérine et datant de 5 mois (Observation I) et de 16 mois (Observ. II) ; retour rapide des règles par le drainage qui en même temps a modifié, de la façon la plus heureuse, l'état pathologique de l'utérus.

2° Quatre cas d'aménorrhée congestive, le 1er chez une chlorotique (obs. III), le second chez une malade affaiblie par des accouchements répétés (obs. IV) ; le troisième par choc physique (obs. V), et le quatrième par choc moral (obs. VI) ; dans les quatre cas le succès a été rapide et complet.

3° Deux cas d'aménorrhée par absence de maturation utéro-ovarienne (Obs. VII et Obs. VIII) ; pour ceux-ci, les effets

du drainage ont été incomplets, mais on a cependant constaté une légère augmentation de volume de l'utérus et peut-être aurait-on pu obtenir un résultat plus encourageant en continuant le drainage plus longtemps et en lui associant la galvanisation de la matrice et des ovaires ; on sait, du reste, combien les arrêts de développement des organes génitaux sont difficiles à guérir, surtout lorsqu'ils sont aussi prononcés que chez nos deux dernières malades.

(*A suivre.*)

MENSTRUATION ET ABLATION DES DEUX OVAIRES

Par le Docteur GEORGE J. ENGELMANN.

Traduit de l'anglais par le docteur R. FAUQUEZ, médecin-adjoint de Saint-Lazare.

—

Dans la discussion de cette question, il est nécessaire d'établir la distinction entre la menstruation propre, c'est-à-dire le retour régulier et constant de l'écoulement mensuel avec tous les caractères de la menstruation, jusqu'à l'époque de la ménopause naturelle, et les hémorrhagies utérines qui se produisent après les opérations sur les organes pelviens, particulièrement après la laparotomie, et également après la ménopause. Ces écoulements sanguins après l'ablation des deux ovaires, dont les causes et les caractères sont variables, ont tous été confondus et considérés comme des écoulements menstruels. Dans certains cas, il ne nous est pas possible de démontrer la cause de l'écoulement avec une certitude absolue ; dans d'autres, nous pouvons le faire et, s'il nous était permis de pratiquer un examen *post-mortem*, nous trouverions toujours des explications anatomiques satisfaisantes. D'abord, nous observons de ces écoulements sanguins qui se présentent pendant et aussitôt après l'opération, avec plus ou moins de régularité, diminuant graduellement pour cesser entièrement après quelques mois ou, plus rarement, après quelques années. Puis ensuite, il y a une classe de cas, peut-être plus fréquents,

dans lesquels l'ablation des ovaires est suivie d'une période de repos après laquelle, au bout de trois à six mois, se produit une hémorrhagie *appelée par certains auteurs Menstruation*, qui réapparait à intervalles de trois ou quatre semaines avec peut-être une crise plus abondante, de temps en temps, pour cesser dans l'espace d'un ou deux ans. Cette situation ressemble à la période de l'âge critique dont la durée se prolonge, comme il arrive fréquemment.

Ainsi que je l'ai dit, ces écoulements sanguins ont été considérés comme la menstruation par certains auteurs qu'a satisfait cette vague explication de l'*habitude*. Il existe une certaine impulsion, mais ce n'est pas l'*habitude*. C'est un reste d'influence nerveuse émanant des ganglions ou des troncs nerveux, de cette influence nerveuse à laquelle *Johnstone* a attribué une si grande importance. Dans les cas où elle semble expliquer l'écoulement, on trouvera dans l'utérus une cause favorisant l'apparition de l'hémorrhagie et, si cette cause n'existe pas, on trouvera, j'en suis certain, une activité temporaire de restes ovariens.

Il existe une explication tangible pour toutes les hémorrhagies qui se répètent avec régularité. Les hémorrhagies irrégulières qui se produisent aussitôt après les opérations se trouvent facilement expliquées par l'irritation nerveuse et par les troubles de la circulation qui résultent de la section d'organes importants de voisinage ou par l'activité prolongée des restes ovariens qui disparaissent graduellement soit par absorption, soit par enkystement dans des dépôts inflammatoires.

Le troisième ovaire qui a servi à expliquer quelques phénomènes particulièrs, indubitablement d'origine ovarienne, qui ont été observés après une ovariotomie ou une oophorectomie double, est si rare que j'espère que cette manière de voir est à tout jamais dissipée comme un sombre nuage au-dessous des clairs rayons du soleil, par la nouvelle lumière que l'anatomie et l'histologie pathologiques ont jetée sur ce sujet obscur.

La possibilité de la menstruation ou de la grossesse après l'ovariotomie double a été niée par quelques-uns, et affirmée comme un fait par d'autres observateurs également consciencieux et

savants. L'oophorectomie a été dénoncée comme une opération inutile pour produire la ménopause ou pour guérir des douleurs ovariennes. L'opération a été dénoncée parce qu'elle n'a pas guéri certains malades. Elle a été condamnée à la légère comme impuissante à accomplir le but proposé à cause de cas évidemment très authentiques de continuation de la menstruation ou de production de la grossesse après l'oophorectomie ou l'ovariotomie double. La vérité de ces observations, la possibilité de leur existence ont été mises en doute par certains ; par d'autres, l'existence d'un troisième ovaire a été mise en avant comme une solution au mystère.

La guerre des discussions s'est ouverte ; des théories et des contre-théories ont été avancées et rejetées et dans très peu de cas cités se sont trouvés des faits complètement établis dans lesquels le corps du délit était nettement examiné.

L'explication telle qu'elle nous a été donnée par les recherches microscopiques est si naturelle et si simple que ces cas apparemment merveilleux n'ont pas étonné plus longtemps et que la différence dans les résultats observés et rapportés n'est pas plus grande qu'on ne l'attendrait des particularités et des conditions différentes dans chaque cas individuel. C'est un débris du stroma ovarien, souvent petit, qui a été laissé dans le pédicule ou quelque parcelle du tissu ovarien, qui n'a pas été enlevée et qui n'a pas été détruite, dont l'activité continue et détermine la menstruation suivante ou la grossesse, si elle est en bonne santé ou les douleurs généralement rapportées à l'ovaire si elle est malade. Ces parcelles peuvent survivre ou peuvent être détruites par une inflammation consécutive ou par la dégénérescence gangreneuse ou être absorbées par un processus de métamorphose rétrograde.

Je décrirai rapidement deux cas très intéressants de ma propre pratique qui démontrent clairement que si une parcelle du stroma ovarien reste dans le pédicule, après l'ovariotomie double, si les tissus de la patiente sont sains et sa constitution bonne, ce petit reste d'ovaire conserve son activité et accomplit toutes les fonctions de l'organe entier ; que la menstruation n'est pas interrompue et que la fécondation est possible.

L'opération de l'ablation des annexes est généralement faite pour remédier aux douleurs causées par les ovaires malades et nous opérons dans des conditions très variables, sur des tissus malades, souvent intimement unis aux parties environnantes. Une partie de ces tissus peut être laissée en place, quelque soigneux que soit le chirurgien, parce que, dans ces cas, l'organe malade est souvent enclavé dans les tissus environnants, agglutiné avec eux et difficile à enlever. Il est un fait qui semble étrange: c'est que de tels lambeaux ou parties de tissu ovarien malade puissent continuer à accomplir les fonctions de l'organe intact et donner naissance, dans une certaine mesure, à des symptômes semblables à ceux auxquels a donné lieu l'organe malade lui-même.

Toutes les fois qu'il est possible d'enlever *complètement* tout le tissu ovarien, la *menstruation* cesse et il est vraisemblablement impossible d'observer la persistance de symptômes aggravants.

Il ne faut pas plus longtemps faire de théorie sur l'origine de semblables phénomènes après l'oophorectomie ou de la persistance de la menstruation après l'ovariotomie double, mais chercher des faits.

Plusieurs cas de cette nature ont été rapportés et je ferai mention d'un des plus remarquables, car il coïncide étrangement avec un cas que j'ai observé moi-même, qui s'est produit au même moment et que j'ai publié à la même époque.

J'ai fait, en avril 1880, une ovariotomie sur une malade qui a continué à être réglée et qui a été délivrée d'un enfant bien portant, en août 1884 ; et le *Professeur Schatz*, de *Rostock*, rapporte un cas identique dans tous ses détails, concernant une malade qu'il a opérée en février 1880 et qui accoucha en mai 1885.

Je rappellerai brièvement les faits les plus importants de mon cas qui a été publié en entier, avec d'autres, dans un mémoire sur « l'ovariotomie : ses difficultés, son diagnostic et son mode opératoire, la persistance de la menstruation après l'ovariotomie double », dans le *Journal américain des sciences médicales* d'avril 1882. (Ce cas a été également rapporté dans un mémoire

lu devant la Société médico-chirurgicale de Saint-Louis, le 28 novembre 1881.)

Cas I.— Madame T., de la ville de *Kansas*, me consulta, en avril 1880, au sujet de troubles survenus dans sa santé après une augmentation de volume de l'abdomen dont le développement remontait à moins d'un an. Elle était âgée de trente-deux ans, mère de cinq enfants, dont le plus jeune avait deux ans et demi. Elle avait été réglée à 13 ans, toujours régulièrement, sans douleurs. Les accouchements avaient été faciles et la guérison, après chacun d'eux, rapide et complète. Après le développement de la tumeur, la menstruation continua à se faire régulièrement, mais plus abondamment qu'avant, d'une durée de sept jours au lieu de quatre, comme d'habitude.

Je fis l'opération, le 22 avril 1880, en présence et avec l'aide des Docteurs *Prewit*, *Schenck*, *Engelmann*, *Sr. Nelson* et *Fischel*. L'opération présenta quelques particularités intéressantes. Une expansion en éventail de la vessie à environ un pouce de l'ombilic ; des adhérences de l'épiploon très épaissi à la tumeur, à la vessie et aux parois abdominales, avec une douzaine ou plus de petits kystes péritonéaux, les uns avec des pédicules de six à huit pouces de longueur, suspendus au revêtement péritonéal du foie, du diaphragme et de la région intestinale. La tumeur était une masse uniforme, colloïde, un peu plus consistante vers sa circonférence, mais nullement contenue dans une capsule distincte, d'une apparence tout à fait semblable à un moulin d'eau et de même dimension. Trop volumineuse pour être enlevée à travers l'ouverture, trop molle pour être sectionnée, je fus obligé d'extraire cette masse glutineuse à pleine main après avoir amené la tumeur dans l'incision, en faisant placer la malade sur le côté. Le long pédicule fut lié et abandonné, la trompe confondue avec la tumeur ayant été complètement enlevée. Ceci se passait du côté gauche. L'ovaire droit avec un kyste de la dimension d'une orange fut aussi lié et enlevé, la trompe, intacte, fut laissée.

La guérison ne fut interrompue par aucun événement malen-

contreux et la malade jouit, depuis, de la plus parfaite santé. La menstruation continue à se faire avec une parfaite régularité.

L'opérée a été réglée pour la dernière fois, avant l'opération, le 15 avril 1880 ; je l'ai opérée le 22 avril ; le flux menstruel a reparu le 18 mai et a été très abondant pendant quatre ou cinq jours ; c'était cinq semaines après la dernière menstruation normale. Trois semaines après, elle fut de nouveau indisposée, le jeudi 10 juin ; revenant à son habitude première et reprenant le sillon bien tracé du cycle menstruel primitif extrêmement régulier, l'écoulement apparaissait à époque régulière comme il en avait l'habitude avant l'opération.

Elle n'éprouva qu'un petit mal aux reins, aucune douleur ni aucun malaise, et l'écoulement se fit franchement.

La période suivante apparut le 10 juillet, durant seulement jusqu'au 14 ; du 30 juillet au 1er août il y eut un léger écoulement et un autre du 10 au 11 août. Pendant plusieurs mois, l'écoulement fut très faible et ne fut accompagné d'aucune autre douleur qu'un léger mal de rein. Je supposai naturellement que la menstruation deviendrait de moins en moins abondante et finalement cesserait ; mais, au contraire, après cette légère irrégularité, la menstruation redevint normale et régulière et persista ainsi jusqu'au commencement de novembre 1883. Elle cessa tout à coup et, aussitôt après, ma malade se plaignit de symptômes particuliers, disant que si elle ne savait pas que les deux ovaires avaient été enlevés, elle se croirait enceinte, jugeant d'après la similitude des symptômes qu'elle éprouvait avec ceux des premiers jours de ses grossesses précédentes. L'écoulement menstruel ne réapparut plus et l'abdomen augmenta de volume. Des médecins de son pays consultés déclarèrent que c'était une grossesse normale ; mon opinion personnelle, sans avoir vu le cas, était qu'une tumeur maligne était en voie de développement, puisque je savais si bien combien la tumeur était pédiculée et combien les deux ovaires avaient été complètement enlevés. Vers la fin du 4e mois, tous les doutes de cette pauvre femme, qui attendait avec anxiété, furent dissipés par la certitude qu'elle acquit qu'elle allait bientôt devenir mère et la terrible peur qu'elle avait de

l'existence d'une nouvelle tumeur s'envola. Le 16 août 1884, neuf mois après la cessation de la menstruation, elle mit au monde un bel enfant en excellente santé. Ainsi disparurent les derniers doutes de ses amis étonnés et des médecins qui l'observaient.

Mme T. se remit entièrement et rapidement de son accouchement et les débris de tissu ovarien ne restèrent pas longtemps inactifs, car quatre semaines après l'accouchement, la menstruation reparut et elle a, depuis, persisté avec une parfaite régularité.

La clef de la situation est le débris de l'ovaire kystique droit que j'avais cru avoir entièrement enlevé.

L'ovaire gauche avait complètement disparu dans la grosse tumeur colloïde qui avait un pédicule très long et mince, coupé près de son extrémité utérine. Il résulte de là qu'il n'est pas probable qu'une portion de tissu ovarien soit restée de ce côté. De plus, la trompe avait été complètement enlevée. L'ovaire droit était dans sa position normale et sur lui s'était développé un kyste du volume d'une orange qui n'avait pas encore détruit l'ovaire et qui n'avait pas encore non plus développé les tissus sur une assez grande étendue pour qu'il se fût formé un pédicule. L'ovaire avait été lié et enlevé comme dans l'oophorectomie, de telle sorte qu'il est possible qu'une petite portion de tissu soit restée au delà de la ligature. La trompe du côté droit restait intacte et n'est pas visible sur la pièce. Dans un mémoire précédent, j'ai déclaré par erreur que la pièce en ma possession exclut la possibilité qu'une portion d'ovaire soit resté en place et explique ainsi la persistance de l'écoulement menstruel.

L'examen microscopique montre le tissu ovarien sur la surface sectionnée, l'ovaire ayant été enflammé et augmenté de volume au moment ou le kyste s'est développé, il a été entraîné en haut et une portion de son tissu distendu a été repoussé au dehors, sinon dans le pédicule, perdant ainsi ses contours nettement définis.

Cas II. — Cas du professeur Schatz, de Rostock. (*Centralblatt für Gynaekologie* et *Obstetric Gazette*) :

Le 20 février 1880, le *Professeur Schatz* a enlevé une grosse

tumeur kystique de l'ovaire gauche comprenant le tiers externe de la trompe de Fallope et tous les tissus ovariens qui purent être trouvés. L'ovaire droit était de la dimension d'une noix et offrait les signes d'une dégénérescence kystique. Il fut lié au moyen de trois ligatures de fil de soie passées entre lui et le ligament large et fut détaché de telle façon qu'*un lambeau du tissu ovarien, large au plus de deux millimètres, fut laissé sur le côté qui touchait à la ligature. La trompe droite, intacte, fut laissée.*

Le 21 mars, au moment de la période menstruelle normale, la malade éprouva une crise de douleurs violentes sur le côté droit de l'hypogastre et dans la cuisse droite, avec des vomissements et une forte fièvre pendant quatre jours ; ces symptômes reparurent le 8 avril et de nouveau le 8 mai, et la douleur s'étendit à l'hypochondre gauche. Aucun dépôt ne put être constaté dans le bassin. La première apparition se montra le 9 mai ; elle dura trois jours pâle et faible et revint le 31 mai. Dans l'intervalle, la malade éprouva une crise de douleur dans la région inguinale. Le 11 juin, on découvrit une grosseur de la dimension environ d'une prune située en arrière et à gauche de l'utérus qui était en antéflexion. Le 28 juin, elle éprouva quelques vives douleurs sacrées qui s'irradièrent dans la région inguinale gauche et disparurent à l'arrivée de la menstruation qui fut abondante et dura six jours. Le 15 juillet on trouva l'utérus petit et en retroversion.

Depuis ce moment, la menstruation se fit régulièrement jusqu'au mariage de la malade, en avril 1884. Dans la dernière quinzaine du mois d'août, le flux menstruel se montra pour la dernière fois et les symptômes de la grossesse devinrent manifestes en septembre. Le 12 mai 1885, le travail commença, dura trente-six heures et fut terminé par le forceps.

L'ovaire droit avait été préservé et l'examen de la surface de section a démontré qu'elle contenait du tissu ovarien avec des follicules de de Graaf. La tumeur de l'ovaire gauche a été aussi soumise à l'examen complet et comme il n'a révélé l'existence d'aucun tissu ovarien dans la partie extrême, il est évident que l'organe avait été extrait en entier.

L'auteur d'une revue, dans *l'Obstetric Gazette*, dit avec juste raison « que ce cas prouve la nécessité d'enlever complètement les ovaires lorsque l'oophorectomie est pratiquée pour guérir des hémorhagies résultant de myomes utérins et qu'il est évident que les franges de trompes de Fallope peuvent se mettre en contact avec une simple trace de tissu ovarien aussi bien qu'avec l'ovaire entier, » et même nous voyons qu'une simple trace de tissu ovarien telle que quelques cellules épithéliales sur la surface granuleuse, peut développer la pleine activité fonctionnelle de l'organe qui lui a donné naissance.

La similitude de ces deux cas est remarquable ; dans tous les deux, l'ovaire gauche était dégénéré et la tumeur volumineuse qui a été enlevée était bien pédiculée. Dans l'ovaire droit, la maladie était seulement au début. Dans mon cas, on trouva un kyste de la dimension d'une orange ; dans celui du *Professeur Schatz* une simple dégénérescence kystique de l'ovaire était en voie de formation et l'organe lui-même semblait avoir dépassé à peine son volume normal, car il dit qu'il était de la dimension d'une noix et ne présentait aucun pédicule ; il s'en suit que, dans l'opération, un petit fragment de tissu ovarien fut laissé comme il arrive fréquemment dans l'opération de l'oophorectomie. Dans mon cas, la menstruation ne fut pas interrompue par l'opération, mais continua tout à fait normalement, diminuant un peu, après quelques mois, mais sans présenter d'irrégularités remarquables. Ceci est probablement dû à ce que je n'ai pas touché au ligament large ni à la trompe du côté droit, mais lié l'ovaire dans sa partie pédiculée, tandis que l'opération du *Professeur Schatz* était une oophorectomie et que les ligatures qui ont traversé le ligament large peuvent avoir altéré le rapport entre la trompe et le débris de stroma-ovarien ; de là vient que la menstruation s'est établie avec des symptômes décidément anormaux. A la première période, le flux menstruel ne parut pas, mais il y eut des vomissements et une forte fièvre accompagnée de paroxysmes de douleurs dans le côté droit et dans la jambe correspondante. Le 9 mai et le 31 du même mois un écoulement faible et très léger apparut, se rapprochant évidemment

de l'état normal ; les exsudats lymphatiques autour de la trompe et de l'ovaire s'étaient probablement résorbés. Le 11 juin, à la quatrième période menstruelle, on découvrit une tumeur de la dimension d'une prune, en arrière et à gauche de l'utérus fortement antéfléchi, évidemment une petite hématocèle. Au cinquième retour de la menstruation, le 28 juin, le malade ressentit de vives douleurs sacrées qui disparurent avec un abondant écoulement qui dura six jours. Enfin, le 15 juillet, on trouva l'utérus petit et rétroversé et désormais le flux menstruel apparut régulièrement jusqu'au mariage de la malade. L'exsudation plastique a été résorbée, l'ouverture de la trompe et les débris de l'ovaire sont revenus approximativement à l'état normal, de telle sorte que la menstruation n'a pas été plus longtemps troublée.

(*A suivre*).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION.

51e *réunion annuelle à Nashville Tenn, les* 20, 21, 22, 23 *mai* 1890.

La 51e réunion annuelle de l'Association médicale américaine a eu lieu au Théâtre Vendôme, le 20 mai 1890, à 11 heures du matin. Le nombre des délégués inscrits était de 950. A 3 heures de l'après-midi, les différentes sections se sont réunies dans les églises ou écoles qu'on avait mises à leur disposition.

La section d'obstétrique et des maladies des femmes s'est réunie sous la présidence du Dr William W. Potter, de Buffalo. Dans son discours, le président appelle l'attention sur les progrès de l'obstétrique et de la gynécologie pendant l'année qui vient de s'écouler. L'antisepsie a été bien plus largement et efficacement appliquée à la mère et à l'enfant. En gynécologie, les progrès ont aussi été grands et durables. L'hystérectomie vaginale a été jugée l'opération la meilleure pour l'extirpation du cancer utérin, quand l'opération est indiquée. Le traitement des affections uté-

rines et de la grossesse extra-utérine par l'électricité, quoique beaucoup loué, n'a pas tenu tout ce qu'il promettait, depuis que la laparotomie a montré qu'il n'y avait aucune modification dans des cas qui paraissaient guéris. Le sujet, cependant, est regardé à juste titre comme digne de nouvelles recherches.

Le Dr William WATHEN, de Louisville, fait une communication sur les *kystes interligamenteux*, démontrant la possibilité de leur formation pathologique et décrivant leur siège habituel. Il conseille l'énucléation au moyen d'une section abdominale médiane, avec excision complète ou partielle du sac.

Le Dr Henry O. MARCY, de Boston, lit un mémoire sur lé traitement chirurgical des tumeurs abdominales, non pédiculées, conseillant l'enlèvement aussi complet que possible des parois du kyste, et suturant le reste à la plaie abdominale, de manière à fermer la cavité péritonéale. Les tumeurs solides peuvent être traitées par la ligature ou le clamp. L'énucléation complète a l'avantage de ne pas laisser de pédicule à l'angle inférieur de la plaie. En formant un moignon, le Dr Marcy conseille la séparation du péritoine jusqu'à un ou deux pouces de la paroi du kyste, au-dessous de la division du pédicule, et le renversement des bords au moyen d'une double suture continue. Immédiatement après la section du pédicule, les bords sont renversés et mis ainsi à l'abri de toute infection. La cavité péritonéale est ainsi affleurée et close sans drainage. En trois ou quatre heures, la lymphe protège le moignon et il y a réunion par première intention.

Le Dr F. H. MARTIN, de Chicago, lit un mémoire intitulé : *De l'Hystérectomie vaginale précoce pour cancer*, dans lequel il donne la préférence à l'hystérectomie vaginale sur l'hystérectomie abdominale, parce que, dans la première, le col utérin tout entier peut être enlevé, ce qui n'est pas toujours possible dans la seconde. Le drainage est aussi plus parfait, et l'opération n'est pas compliquée d'une plaie abdominale. Il démontre que la mortalité dans cette opération est maintenant moins de 15 0/0.

Le Dr Charles A. L. REED, de Cincinnati, fait une communication sur les *Résultats immédiats et éloignés de l'hystérectomie vaginale pour cancer*. Il donne ses observations cliniques sur une série de onze opérations avec un décès. Dans deux de ces cas il y eut récidive. L'absence de douleurs, dans les débuts des cas,

rendait le diagnostic difficile, mais les résultats sont bien meilleurs si l'opération n'est pas différée. Les hémorrhagies utérines affaiblissent la patiente et fatiguent son système nerveux, qui supporte beaucoup moins bien le shock de l'opération. Dans ces cas, l'auteur emploie les douches de vinaigre et la curette deux ou trois semaines avant l'opération. La plaie est tamponnée, non suturée, et le traitement post-opératoire consiste dans le repos, la chaleur et l'administration hypodermique de stimulants. Le tamponnement est enlevé au bout de vingt-quatre heures et le vagin est irrigué avec une solution antiseptique légère.

Dans la discussion de ces communications, le Dr Dunning est en désaccord avec les Drs Reed et Martin, soutenant que l'opération est trop dangereuse, et que l'amputation du col doit lui être substituée. Le Dr Réamy cite la statistique d'Auguste Martin et celles de Schroeder et Leopold, qui montrent une mortalité plus faible en Europe qu'en Amérique.

A la réunion du 21 mai, le Dr E. Van de Warker, de Syracuse, fait une communication sur *le rétrécissement de l'urèthre de la femme*. Il critique l'opinion du Dr Fordyce Barker, qui prétend que cette lésion existe rarement.

Le Dr A.-J.-C. Skene n'est pas du même avis et croit que le rétrécissement du méat est fréquent et dû à des applications de caustiques faites pour d'autres troubles urèthraux. Nous connaissons peu cette lésion, et nous ne connaissons pas plus le rétrécissement chez la femme que le rétrécissement n'était connu chez l'homme il y a un siècle. Laclonde en détermine seulement l'existence, mais ne montre pas exactement la lésion locale. Le Dr Van de Warker conclut en disant qu'il y a rétrécissement, quand un cathéter n° 14 ou 17 ne traverse pas facilement l'urèthre d'une femme, nous ne trouverons pas les rétrécissements serrés, infranchissables, qui sont communs chez l'homme. La rétention, l'incontinence, la dysurie sont plus fréquentes chez la femme que chez l'homme. Le rétrécissement siégeant près du méat peut être dilaté de force avec le doigt et le rétrécissement plus aisément apprécié, et la vessie être même explorée. Un rétrécissement rendant la miction très douloureuse, peut être guéri par la dilatation digitale, quand un cathéter ne le découvre pas. Le rétrécissement de l'urèthre de la femme est le plus souvent à mi-chemin entre le

méat et la vessie. Le traitement est douloureux et la cocaïne doit toujours être employée.

L'auteur a vu peu de cas de rétention absolue et préfère appeler l'état « *retarded flow* ». Une autre complication peut exister en même temps : la hernie de la muqueuse à travers le méat, que l'auteur regarde comme une forme de rétrécissement annulaire. La muqueuse apparaît hors du méat sous forme d'une petite masse rougeâtre.

En discutant la note du Dr Van de Warker, le Dr Currier ne partage pas l'opinion de ce dernier sur la fréquence des rétrécissements chez les femmes. Il relate les cas de sa pratique d'origine toxique, l'un consécutif à une dose trop forte de cantharides. Il pense aussi que les rétrécissements chez l'homme ne sont pas aussi communs qu'on le suppose.

Le Dr Engelmann, de Saint-Louis, dit qu'il n'a pas observé fréquemment de rétrécissement chez la femme, peut-être parce qu'il ne les recherche pas ordinairement. Il demande s'ils sont habituellement d'origine inflammatoire. Il traite les rétrécissements par l'électricité, au moyen d'un faible courant sédatif et d'une électrode non métallique. Il croit qu'un tel courant est préférable à la dilatation ou au débridement.

Le Dr Reed, de l'Ohio, dit que son expérience est limitée dans le traitement des rétrécissements. Il emploie un cathéter se fixant de lui-même, mis en place pendant la nuit. Il a vu une péritonite grave se déclarer après la dilatation.

Le Dr Van de Warker, pour terminer, dit, en réponse au Dr Engelmann, que la sonde agit en provoquant la résorption du rétrécissement, le cathéter se fixant de lui-même, employé par le Dr Reed, agit de la même façon. Il détermine la situation du rétrécissement avec une bougie à olive.

Le Dr A.-F. Currier, de New-York, lit un mémoire sur *une nouvelle opération pour la guérison du prolapsus de la paroi vaginale antérieure*, dans lequel il montre que les causes de ce prolapsus peuvent être un seul accouchement ou plusieurs accouchements se succédant rapidement. Pour y remédier, la paroi vaginale peut être resserrée antéro-postérieurement, aussi bien que latéralement. Les vieilles opérations de Sims et Emmet lui paraissent défectueuses. Son procédé opératoire combat les

défauts des autres procédés en tendant en deux lignes à angle droit, de chaque côté, enlevant deux portions de tissus taillées dans la paroi vaginale antérieure, en forme d'ellipse à axe transverse ; suture continue au catgut. Le résultat est une plaie à angle droit. Pendant l'opération, la vessie doit être soigneusement évitée. L'hémorrhagie veineuse est habituellement considérable. On peut appliquer du collodion iodoformé ou ne faire aucun pansement. La réunion par première intention est la règle. Les diagrammes de l'auteur sont bien exécutés et démontrent clairement les divers temps de l'opération.

Le Dr Van de Warker constate que, jusqu'à présent, aucune opération n'a rempli les conditions requises pour effectuer une guérison. La couche musculaire s'atrophie et alors les symptômes augmentent, et une diminution de la courbe sacrée est souvent une nouvelle cause de récidive. Il estime que le procédé du Dr Currier est le meilleur. Le Dr T.-A. Reamy a fait une opération semblable à celle du Dr Currier ; seulement il enlève un peu plus de tissus.

Le Dr Johnson, de Danville, ne croit pas que la lésion soit dans la paroi antérieure, mais parce que le périnée est aussi lésé, et la guérison de ce dernier est suivie de la guérison du premier. Le Dr Hoffmann, de Philadelphie, pense que, bien que le Dr Reamy ne craigne pas la blessure de la vessie, cependant une fistule peut en résulter. Pourquoi ne pas exciser une portion de la vessie, si un tel accident arrive ! Le Dr Engelmann n'a pas une grande expérience dans ces lésions ; il pense toutefois que cette méthode est bonne. La théorie proposée est fausse. Les parois peuvent être à la fois dénudées et à leur place convenable. Le Dr Herr, de Tennesse, demande quelle est la position de l'utérus dans ces cas. Le Dr Currier, en terminant, dit que la tension, dans son procédé, est plus uniformément répartie que dans celui du Dr Reamy. Il ne prétend pas que son procédé est toujours suivi de succès.

Le Dr L.-N. Dunning, d'Indiana, fait une communication sur l'*utérus double*. Dans ce cas, l'hystéromètre révèle la présence de deux cavités et détermine si elles sont complètes ou non. Le Dr Dunning décrit un cas, qu'il vit l'année dernière, où il y avait grossesse. L'exploration digitale révéla d'abord une première

cavité : mais ensuite, un deuxième placenta ayant été extrait, la cloison fut facilement sentie. Trois ans auparavant, il y avait eu accouchement à terme, et au moment où l'auteur l'examina, il y avait avortement. La mortalité chez les femmes en couches ayant un utérus double, est de 26,2 %.

Dans quelques cas, quand l'œuf se développe dans une des cavités utérines, la menstruation continue à se faire par l'autre.

Le Dr T. B. Greelny, de Kentucky, lit une note sur l'*antisepsie en obstétrique*. L'auteur recommande les douches utérines avec une solution d'acide phénique et des lavages des organes génitaux externes, avec une solution de bichlorure de mercure pendant l'accouchement et, après, jusqu'à la disparition des lochies. Le Dr Currier discute cette note. Pour lui, l'asepsie est ce qu'il faut avant tout rechercher. Le Dr Hoffmann croit que la propreté en obstétrique donne une mortalité plus faible, et les antiseptiques ne sont d'aucun secours si l'opérateur lui-même n'est pas propre. Le Dr G. E. Shœmaker, de Philadelphie, recommande la propreté, et montre la difficulté d'obtenir une propreté complète sans un antiseptique. Il ne croit pas qu'on puisse arriver à être aseptique sans un corps chimique.

Différents mémoires, tels que : *Résultats psychologiques des opérations gynécologiques*, par le Dr J. S. Stone, de Virgina ; *Colocystotomie*, par le Dr R. B. Hall, de Cincinnati ; *Traitement électrique des salpingites et de leurs complications*, par le Dr G. B. Massey, de Philadelphie, n'ont pas été lus, leurs auteurs n'ayant pu assister aux séances.

Dans la section de chirurgie et d'anatomie, le Dr Howard Kelly, de Baltimore, décrit son procédé d'hystéro-myomectomie avec suspension du pédicule à l'angle inférieur de la plaie. La méthode est applicable, dit-il, dans les cas où un pédicule peut être formé au-dessous de la tumeur. Une longue incision est faite sur la ligne blanche et la tumeur est attirée au dehors. Alors, dès que le pédicule est visible ou apparaît par énucléation, on applique une ligature élastique et la tumeur est enlevée en laissant un ou deux pouces de pédicule. Le col est taillé en forme de coin, et le canal cervical est disséqué en dehors. Les surfaces cruentées sont alors rapprochées et suturées au catgut, et les surfaces péritonéales, par une suture à la soie à points séparés pla-

cés assez profondément pour comprendre une certaine quantité de tissu musculaire ; les extrémités des dernières sutures ne sont pas coupées. Toutes les sutures superficielles et profondes sont tendues et comprennent tous les vaisseaux apparents. Après la réunion complète de toutes les parties, la ligature élastique est enlevée et les bords de la plaie examinés. S'il y a hémorrhagie, l'artère utérine, du côté correspondant, est liée en passant un fil autour au moyen d'une aiguille courbe. Les deux artères utérines peuvent être liées si cela est nécessaire. En plaçant ces ligatures, le pédicule est facilement dirigé au moyen des longs bouts des sutures des plaies. Le drain est placé tout près du pédicule, et le péritoine de celui-ci est suturé avec le péritoine pariétal, suspendant le pédicule à l'angle inférieur de la plaie. Une couche de gaze est alors appliquée sur la plaie superficielle et autour des longues sutures de soie. La plaie est rapidement comblée par des granulations, et les sutures de soie tombent toujours au bout de dix jours. Les avantages de cette méthode sont que l'hémorrhagie est immédiatement découverte, le danger d'infection est évité sur une grande étendue et une traction très modérée est opérée sur ce pédicule.

Dans la discussion, le Dr A. E. Hoadley, de Chicago, s'oppose à l'emploi du catgut, parce qu'il n'est pas toujours aseptique. Le Dr Martin, de Chicago, décrit une opération analogue à celle du Dr Kelly, mais en différant par ce fait que le pédicule suturé fut placé dans le vagin, le forceps ayant été appliqué et le pédicule immédiatement serré pour prévenir l'hémorrhagie. Le Dr Kelly répond qu'il conseille le catgut dans les sutures profondes, parce que, s'il y a suppuration, la convalescence est beaucoup plus longue. Le large pédicule qui existe dans beaucoup de myomes, rend très difficile sa fixation dans le vagin.

Un télégramme reçu, annonce la mort du Dr W. H. Byford, de Chicago.

Le prochain Congrès, pour 1891, se tiendra à Washington sous la présidence de William T. Briggs, de Nashville. (*Extrait du medical News*, n° 906, par le Dr A. F. PHILIPPEAU.

(*Gaz. de Gyn.*)

REVUE DE LA PRESSE

DE L'AUTO-INFECTION PUERPÉRALE (UEBER DIE LEHRE VON DER SELBSTINFECTION),

Par WILHELM THORN.

(*Sammlung klin. Vortraege von Rich. von Volkmann*, n° 327).

L'auteur s'élève contre la théorie de l'auto-infection puerpérale, ressuscitée de ses ruines par Ahlfeld, Kaltenbach, Dœderlein, Winter et Gœnnezo.

Il n'a pas de difficulté à faire ressortir la faiblesse des preuves invoquées par ses partisans, sur le terrain de la bactériologie et surtout de l'expérience clinique ; et à faire saisir en même temps les graves inconvénients, qui pourraient résulter de l'adoption générale de la nouvelle théorie avec ses conclusions ultimes.

L'importance et l'actualité du sujet nous engagent à faire connaître les principales idées renfermées dans la monographie :

1° Des germes *pathogènes* n'existent pas primitivement dans le canal génital de la femme saine. Aussi les partisans de l'auto-infection ont-ils été forcés d'abandonner la vieille acception de la *Selbstinfection* et d'y voir *toute contamination*, *même prouvable*, *mais non produite par l'accoucheur durant la période du travail ou des couches.* — C'est produire de l'imbroglio.

2° La théorie de la *virulence atténuée* ou *pathogénie facultative* ne résiste pas au contrôle de l'expérimentateur et du critique. Elle est d'ailleurs incapable de nous donner la clef de la différence si marquée entre les diverses complications puerpérales.

3° Les travaux bactériologiques nous démontrent, il est vrai, la présence constante de microorganismes dans le vagin et le col utérin, mais sont négatifs au point de vue de leurs caractères pathogènes (Dœderlein, Winter et Gœnner), quoique à la rigueur, chez les femmes les plus saines, on puisse admettre la présence exceptionnelle, sans origine connue, de microbes pathogènes. Que de voies d'introduction sans contrôle ! Le microorganisme, d'ailleurs, peut rester latent, jusqu'au moment opportun.

4° Les microbes, à caractères si divers, n'agiraient-ils pas de deux façons également différentes : par *infection* et par *toxicité*. La première provient de bactéries pathogènes, venues de l'extérieur, et qui sont *probablement* les staphylocoques et streptocoques de la septicémie chirurgicale et de l'érysipèle ; la seconde dépendrait d'une multiplication

exubérante et prodigieuse des microbes ordinaires du vagin, non pathogènes, et d'une résorption excessive de ptomaïnes (hypothèse non encore vérifiée, mais admissible). Cette forme toxique ne représenterait jamais cette infection véritable, grave, pouvant amener la mort en deux jours. Faut-il attribuer aussi à l'action de ces saprophytes et de leurs ptomaïnes les fièvres éphémères, sans gravité, de la période puerpérale? Ou bien celles-ci ne sont-elles qu'un processus physiologique dépendant d'une résorption plus active de matériaux non septiques, par involution ? N'oublions pas d'ailleurs que la fièvre n'a qu'une valeur symptomatique et peut manquer dans les cas les plus graves.

5° L'auto-infection est un non-sens. Si l'isolement absolu du vagin était possible, il serait exempt de germes. Ceux-ci sont toujours d'importation extérieure, quoique cette importation soit souvent sans contrôle. Pourquoi donc conserver un terme, qui prête tant à la confusion et à l'erreur, et ne pas réserver pour les cas auxquels on l'adresse, la dénomination *d'infection indirecte*, en opposition avec la *directe*, opérée par les mains ou les instruments de l'accoucheur, durant le travail ou durant les suites des couches ?

6° D'ailleurs, si le vagin était ainsi rempli de germes nocifs, que d'accidents n'aurions-nous pas eu et n'aurions-nous pas encore à déplorer dans notre pratique obstétricale et gynécologique ?

7° En tout cas la pratique antiseptique, recommandée par Winter, sur le pied de la possibilité de l'auto-infection, mérite d'être conservée parce qu'il est impossible d'être assuré que la femme n'ait pas subi de contamination (mains, habits, pénis, etc.). Durant l'accouchement, on recourra donc à la désinfection directe; dans les suites, la désinfection indirecte suffira. On n'introduira jamais la main dans l'utérus, à moins des indications les plus urgentes.

8° Le mode d'antisepsie est le même en gynécologie et en chirurgie, mais il y a de grandes différences dans le détail de l'exécution, d'après les circonstances. En effet, l'antisepsie en obstétrique, on le comprendra, est difficile à réaliser pour mille et un motifs indépendants de notre volonté.

D'ailleurs les germes habituels du canal génital ne se laissent pas détruire par les solutions médicamenteuses les plus fortes. Les microbes pathogènes sont seuls détruits. Cela nous démontre que la désinfection des mains et des instruments de l'accoucheur est chose capitale. La désinfection prophylactique des voies génitales y sera jointe par prudence. Elle est d'ailleurs favorable pour éviter l'infection oculaire de l'enfant et protéger même l'accoucheur.

9° La théorie de la *Selbstinfection* a cherché une preuve dans les accidents possibles, après un avortement spontané. En faveur de la con-

tamination prouve ici la comparaison entre les avortements des villes qui sont souvent provoqués et coupables, et ceux des campagnes, plus souvent spontanés, où les femmes cependant sont soignées par des sages-femmes, sans la moindre antisepsie. Là les accidents sont fréquents, ici rares.

10° Remarquons encore que la désinfection prophylactique n'est souvent que partielle, par engagement des parties. Il se pourra donc que les microorganismes non détruits soient portés par les instruments dans l'utérus. Si ces microbes possèdent la *pathogénie facultative*, ils peuvent déterminer de graves accidents. Donc dans ces cas on serait obligé de faire le nettoyage utérin. C'est faire à tort peur aux accoucheurs, et ceux-ci constatant tous les jours l'inanité de ces craintes et le mensonge de la théorie, ne feront-ils pas fi de toute pratique antiseptique ?

Les sages-femmes aussi devraient faire la désinfection prophylactique, en cas de démonstration de la *Selbstinfection*. Ou bien fera-t-on, comme Steffeck l'a recommandé, l'occlusion vaginale préventive, après désinfection préalable ?

11° La théorie auto-infectionniste ne possède pas en sa faveur de preuves irrécusables de vérité, ce qu'il faudrait pour admettre une théorie aussi subversive des faits admis jusqu'ici.

12° Tenons-nous donc aux pratiques existantes (désinfection manuelle et instrumentale, désinfection prophylactique des voies génitales aussi complète que possible), tout en considérant que la pratique aura des applications différentes, selon qu'elle sera exécutée dans une maternité ou au civil par un accoucheur, exposé journellement au contact de germes de maladie, ou par une sage-femme moins exposée que ce dernier.

13° L'auteur rompt enfin un lance en faveur de l'institution si utile des *policliniques*, qui mettent l'élève à même de juger, par lui-même, des circonstances particulières et variables, présentées par chaque cas dans la pratique privée.

Pour favoriser la désinfection des voies génitales, nous recommandons aux accoucheurs le procédé de désinfection de Dœderlein, exposé dernièrement dans les *Annales de la Société de médecine de Liège*, par le Dr Fraipont. Il consiste : 1° au lieu de vaseline, à utiliser la molline, qui a la propriété de se saponifier dans l'eau, n'adhère donc pas aux parois, permet l'action des liquides antiseptiques et est même favorable à l'enlèvement des sécrétions muqueuses ; 2° de faire usage de la créoline, qui ne tanne, ne corrose pas la muqueuse vaginale, et présente un pouvoir germicide supérieur aux antiseptiques connus, sans être toxique.

De Buck.

FIBROME DE LA PAROI ABDOMINALE.

(TILLAUX.)

Les tumeurs de la peau présentent souvent de très sérieuses difficultés de diagnostic, difficultés qui, il est vrai, ont peut-être moins d'importance qu'ailleurs, car ici l'opération est presque toujours indiquée quelle que soit la nature de la tumeur. Une femme de 69 ans est entrée dans le service atteinte d'une tumeur siégeant dans la région lombaire droite, tumeur du volume d'un œuf de poule, ayant débuté il y a quatre ans environ. Elle est restée stationnaire assez longtemps, puis a grossi brusquement, tout en restant toujours indolente, et c'est plutôt à cause de la gêne qu'elle éprouve que de la douleur, que la malade est entrée à l'hôpital. Cette tumeur est un peu ulcérée, plutôt en raison des pressions auxquelles elle a été soumise que par suite de son évolution naturelle. Elle est très dure, sans élasticité, ni fluctuation, et mobile sur les parties profondes. C'est, en somme, une tumeur absolument localisée à la peau.

Les tumeurs de la peau peuvent être d'origine assez variable ; on doit toujours se demander si on n'est pas en présence d'un kyste ou d'une tumeur sébacée, car ce sont là les tumeurs le plus fréquemment observées, d'autant plus que ces tumeurs peuvent être crétacées et présenter alors une grande dureté. Mais dans ce cas la tumeur, adhérente à la peau par sa surface, est tout à fait sous-cutanée par ses parties profondes, tandis que dans le cas actuel il est facile de sentir que la tumeur est formée tout entière dans le derme.

Les autres tumeurs de la peau, au moins pour celles qu'on observe le plus souvent, sont les chéloïdes qui ne se produisent que secondairement à des cicatrices, puis les différentes variétés de tumeurs malignes. Il ne peut être question ici de cancroïde ; quant aux sarcomes, leur marche est ordinairement plus rapide. Aussi est-il plus probable qu'il s'agit d'une tumeur fibreuse de la peau, d'un fibrome proprement dit ; c'est bien là la marche et l'aspect de cette variété de tumeur d'un pronostic beaucoup moins sérieux, mais qui doit cependant être opérée le plus tôt possible.

(*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

KYSTE COLOSSAL DE L'OVAIRE.

M. Buffet rapporte dans la *Normandie médicale* la curieuse observation suivante : On apporta récemment à l'hôpital d'Ebeuf une femme au ventre colossal que dix hommes portaient avec peine. Une fois dans son lit qu'il fallut étayer, le ventre descendait presque sur les jambes dont il cachait la moitié supérieure.

En haut, il remontait jusqu'aux côtes supérieures : aplati plutôt que proéminent, il débordait de chaque côté le lit, qui a 95 centimètres de largeur. Les hanches, les lombes avaient disparu englobées dans la masse.

On ne voyait que la tête et les pieds de la malade, qui avaient l'air de sortir d'un ballon ovoïde. La peau était de couleur pain d'épices, fendillée et sillonnée de veines énormes. La fluctuation était évidente et la malade asphyxiant, je fis la ponction avec un trocart ordinaire ; il s'écoula immédiatement un liquide citrin mousseux ; les seaux se remplissaient. Nous laissions un petit repos entre chacun d'eux pour administrer un peu de cognac à la malade dans la crainte d'une syncope.

L'opération dura près de deux heures ; nous avions à la fin 80 litres de liquide, et le ventre n'était pas vide. Il restait une tumeur dure, très volumineuse, peu mobile, et paraissant adhérer aux parties profondes du bassin. Un bandage de corps fut appliqué avec beaucoup de peine, et la malade, un peu réconfortée, se trouva soulagée. Le lit aussi, à la satisfaction de l'administrateur.

La malade nous raconta alors qu'elle était fille, était âgée de 48 ans et que depuis 16 ans son ventre avait grossi. La tumeur, assez volumineuse au début, lui avait cependant permis de travailler en fabrique. Depuis cinq ans, comme elle ne pouvait plus marcher, son père la portait chaque jour sur une brouette à la fabrique, où elle travaillait assise ; le soir, il la ramenait de la même façon. Enfin, depuis quinze mois, elle était obligée de garder le lit complètement. Elle avait consulté plusieurs médecins, pris beaucoup de tisane, mais n'avait jamais été ponctionnée.

Quand je la ponctionnai, elle était très cachectique et savait bien, comme elle le disait, qu'elle n'irait pas loin. En effet, elle mourut au bout de 48 heures, après une heure d'un accès d'oppression qui se termina, m'a-t-on dit, par une syncope.

L'autopsie nous a fait voir une poche kystique uniloculaire énorme dépendant de l'ovaire gauche et encore remplie d'une dizaine de litres de liquide. A côté, se trouvait un fibrome sous-péritonéal fixé au fond de l'utérus par un pédicule court de la grosseur du poignet. J'ai eu la curiosité de le peser, il était du poids raisonnable de 36 livres. En dehors de cela, un peu de congestion dans les poumons et rien autre de remarquable.

(*Journ. de méd. et de chir. prat.*).

THROMBUS INTRA-VAGINAUX.

M. le docteur Chaintre cite, dans le *Lyon médical*, plusieurs faits de thrombus intéressants au point de vue de leur terminaison favorable. Le thrombus de la vulve et du vagin paraît constituer une des complications les plus rares de l'accouchement, car certains accoucheurs n'en ont jamais rencontré. M. Chaintre en a observé trois cas dans lesquels l'antisepsie a beaucoup atténué le pronostic généralement grave. En effet, en dehors du danger que fait courir l'hémorrhagie, la suppuration, la gangrène, et même de redoutables septicémies, peuvent mettre en péril la vie de la malade. Or, dans ces trois cas, après la perforation du thrombus, la cicatrisation s'est effectuée fort rapidement, ce qu'il faut attribuer à l'application rigoureuse de l'antisepsie. Voici quelles sont les conclusions thérapeutiques de ce travail. Toutes les fois qu'on aura affaire à un thrombus de petit et de moyen volume, une fois l'accouchement terminé, la méthode de choix sera l'expectation. Après les lavages fréquents et journaliers de la cavité vaginale, cette cavité peut être considérée comme parfaitement aseptique. On ne court aucun danger en laissant s'ouvrir le thrombus. En ne l'incisant pas, on pourra en outre espérer sa résorption. Lorsque le sang ou les caillots sanguins se seront écoulés, on fera une irrigation soigneuse du vagin et on saupoudrera l'orifice du thrombus avec de l'iodoforme. La cavité vaginale sera en outre fermée par un pansement antiseptique rigoureux. Cependant, s'il constituait une cause de dystocie, il est hors de doute qu'il devrait être incisé, dès qu'il en serait besoin.

Au point de vue des symptômes, M. Chaintre signale le suivant qui n'est pas indiqué par les auteurs : c'est un œdème vulvaire apparaissant en même temps que le thrombus et ne disparaissant que lentement. Ce fait pourrait être mis en corrélation avec un état variqueux spécial des organes génitaux externes, état variqueux qui a été incriminé comme cause prédisposante.

(*Journal de méd. et de chir. prat.*)

NOTES SUR UN CAS DE SYPHILIS PLACENTAIRE,

Par le Dr L. Rivet, ancien interne des hôpitaux (1).

En 1883, M. X., en voyage à Londres, contracte une ulcération de la verge qu'il se garde bien de montrer à un médecin et deux semaines après s'embarque pour Buenos-Ayres. Pendant sa traversée, il demande conseil au médecin du bord qui se contente de lui donner un peu

(1) Communication faite à la Société médicale du IXe arrondissement (séance du 13 février 1890.)

de poudre de calomel en lui recommandant de voir un confrère à son arrivée.

Pendant le voyage, l'ulcération avait eu tout le temps de cicatriser ; aussi le premier médecin consulté émet des doutes sur l'existence d'une syphilis ; mais quelques semaines après, ressentant du mal à la gorge, M. X. va voir un second médecin qui pratique des cautérisations au nitrate d'argent et institue un traitement à l'iodure et à l'hydrargyre. Il suit le traitement pendant deux mois à peine pour ne plus s'en inquiéter. D'après son dire, il ne serait apparu aucun accident depuis cette époque.

Deux ans après, en février 1885, M. X. se marie et s'embarque dix jours après, pour venir à Paris, ou j'ai eu l'occasion de le voir ; je puis donc affirmer que ni chez lui, ni chez sa femme, il ne m'a été donné de constater jusqu'à ce jour la moindre manifestation syphilitique. Madame X. devient grosse dès le premier temps de son mariage et accouche, en novembre 1885, d'un enfant bien portant. Bien que nourrice, elle voit apparaître ses règles, lesquelles se suppriment un jour par le fait d'une nouvelle grossesse qui est arrêtée par une fausse couche de six semaines survenant sans raison apparente.

En décembre 1887, troisième grossesse à marche régulière. Le 3 août de l'année suivante, l'accouchement est fait par une sage-femme, avec présentation par le siège, d'un enfant mort, dont la peau macérée indiquait que la mort devait remonter à 10 ou 15 jours. N'ayant pas assisté ma cliente dans cet accouchement, il ne m'a pas été possible d'avoir des renseignements bien précis sur ce qui avait pu se passer pendant les quelques jours qui l'ont précédé ; et encore moins sur l'état du fœtus après l'accouchement.

Quatre mois après, Madame X. présente de nouveaux symptômes de grossesse et cette fois, le mari ému de la série malheureuse de fausses couches et fœtus morts-nés que sa jeune femme vient de subir, me demande de suivre régulièrement celle-ci pendant sa grossesse et de vouloir bien l'assister pour son accouchement.

C'est pendant le cours de cette grossesse qu'il s'est passé un fait qui prend ici une importance majeure. En mars 1889, l'enfant du premier accouchement âgé de trois ans et demi et jusque là bien portant, est pris de fièvre pendant deux jours ; le matin du troisième jour, lorsqu'il est levé, on s'aperçoit qu'il traîne la jambe droite et tombe facilement lorsqu'il veut précipiter la marche. Prévenu par le père, je m'empressai d'aller le voir ; le diagnostic était simple à établir ; il s'agissait d'une paralysie infantile avec prédominance du côté de la jambe droite. En interrogeant le père sur ses antécédents, j'eus alors pour la première fois ses confidences au sujet des accidents que j'ai signalés

au début de mon observation. Mon maître, le docteur Bergeron, appelé en consultation, après avoir confirmé mon diagnostic, n'a pas hésité à partager mon avis au point de vue du traitement qui a consisté en : applications répétées de ventouses sèches le long de la colonne vertébrale et administration d'iodure de potassium. Après trois semaines du traitement, tout symptôme de paralysie infantile avait entièrement disparu.

Je revins à la mère que j'avais l'occasion de visiter fréquemment; fort bien portante et robuste, elle subissait une grossesse parfaitement régulière, lorsque le 22 juillet, à 8 mois et demi de grossesse, elle sent un matin en se réveillant que les mouvements de l'enfant sont à peine perceptibles. L'auscultation révélait des battements du cœur fœtal extrêmement faibles. Le docteur Maygrier, appelé en consultation, fit les mêmes constatations ; il n'était pas possible de provoquer par le toucher des mouvements du fœtus. Le lendemain, lorsque le professeur Tarnier fut appelé à pratiquer un nouvel examen, il n'existait plus de battements du cœur du fœtus et la palpation donnait la sensation d'un fœtus inerte et dur, véritablement en bois. Pour nous tous, le doute n'était plus permis ; l'on se trouvait en présence d'un fœtus mort sans cause appréciable.

Onze jours après la constatation des faits qui précèdent, le 8 août 1889, madame X. accouchait d'un enfant mort et à terme ; l'épiderme, en état de macération, indiquait que la mort devait, en effet, remonter à ce nombre de jours.

L'autopsie de l'enfant n'a absolument rien révélé de pathologique ; tous les organes, le cœur et les vaisseaux se trouvaient en parfait état. Le placenta, recueilli avec soin, a été envoyé au laboratoire de la Clinique pour être examiné par M. Widal. Voici le résultat de cet examen. Le placenta ne présentait à l'œil nu aucune lésion appréciable. Il n'en a pas été de même à l'examen microscopique, qui a été fait très soigneusement dans le laboratoire.

En résumé : tissu placentaire friable et cassant ; rien à l'œil nu ; mais au microscope les vaisseaux artériels du placenta et du cordon ont été trouvés atteints d'endartérite très manifeste (artério-sclérose généralisée des vaisseaux du placenta et du cordon). « Cette lésion, ajoutait Maygrier, est manifestement d'origine spécifique, et l'opinion émise par le professeur Tarnier et nous-même se trouve ainsi pleinement confirmée. »

Pour achever de convaincre mon client qui semblait conserver des doutes sur l'origine de tous ses malheurs, je demandai une consultation avec le professeur Fournier, auquel je fis le récit exact de tous les précédents. Il n'hésita pas à partager notre avis et à prescrire un traitement antisyphilitique rigoureux pour le père dès à présent et non moins rigoureux pour la mère au cas d'une nouvelle grossesse.

Cette observation présente quelques points intéressants sur lesquels j'appellerai volontiers l'attention :

1° Nous nous sommes trouvés chez le père en présence d'une syphilis muette ou tout au moins jugulée par le traitement trop court au début de ses accidents et qui, à défaut de manifestations, chez le sujet qui en était porteur, a eu un retentissement fâcheux sur les produits de la conception.

2° Chez la mère, je puis l'affirmer, ayant eu à l'observer depuis les premières semaines de son mariage, il n'y a jamais eu la moindre manifestation spécifique.

3° Le fœtus n'offrait aucune lésion syphilitique ou autre qui pût donner la raison de cette mort avant la naissance. Le placenta semblait absolument normal à l'œil nu, mais l'examen microscopique révélait les altérations caractéristiques sur lesquelles j'ai insisté et qui se retrouvaient dans les vaisseaux du cordon.

4° Enfin la mort du fœtus ne trouve véritablement son explication que dans les troubles de circulation amenés par une sclérose des vaisseaux du cordon et du placenta, rétrécissement dû aux lésions d'endartérite syphilitique qui ont été découverts par l'examen histologique.

VARIÉTÉS

LAPAROTOMIE D'URGENCE SANS ANTISEPSIE ET SANS INSTRUMENTS SPÉCIAUX. GUÉRISON.

Tous les honneurs de la séance académique de mardi dernier ont été pour un modeste praticien de province, M. Thévard qui, narguant l'antisepsie, a accompli un tour de force prodigieux. Voici comment notre confrère a lui-même rapporté son observation :

J'ai l'honneur de présenter à l'Académie une femme sur laquelle j'ai pratiqué d'urgence, sans outillage spécial, une laparotomie pour ruptures de l'utérus gravide. Cette femme était en travail depuis quatre heures quand on m'envoya chercher : un rétrécissement du diamètre antéro-postérieur causait de la dystocie, et quand j'arrivai je trouvai la malade en assez bon état, mais en proie à un hoquet continu. A la palpation du ventre, peu douloureux, je crus bien sentir une sorte de boutonnière anormale ; je diagnostiquai une rupture utérine, et je parlai de revenir avec un confrère pour pratiquer la laparotomie. Le mari y consentit, à condition que rien ne se fît nocturnement, et le lendemain matin je vins, avec le Dr Deneux.

Celui-ci examina la femme, n'osa pas être aussi affirmatif que moi et me conseilla une thérapeutique moins osée : la version. J'enlevai d'a-

bord le placenta, que je rencontrai en premier lieu, je coupai le cordon, puis je me mis en mesure d'attirer le corps. Mais la tête ne put franchir, et après 3/4 d'heure d'essais, après avoir appliqué en vain le forceps, je pratiquai la laparotomie: pour tout outillage je n'avais que ma trousse.

L'abdomen incisé, je tombai sur la tête fœtale, en plein péritoine, et je l'enlevai. Je ne trouvai d'abord pas l'utérus; entièrement désinséré de ses attaches vaginales, le corps utérin était refoulé sous le foie et je l'enlevai. Les sutures profondes et superficielles furent faites avec le fil préparé pour la ligature du cordon et que je trempai simplement dans de l'eau-de-vie.

Au 31e jour la malade se levait et aujourd'hui, 60 jours après l'opération, elle a fait le voyage de Paris. »

(*Journ. de méd. de Paris.*)

—

LA TOUR EIFFEL.

Voici qui fera plaisir aux amateurs de stigmates gravidiques. L'histoire nous revient d'Amérique, il est vrai, ce qui a son importance. Dans le dernier numéro du *Medical Record*, de New-York, on trouve, d'après le correspondant parisien de la *Medical Press*, l'histoire d'une femme enceinte qui, extraordinairement frappée par la vue de la tour Eiffel, a mis au monde un rejeton portant sur la poitrine une représentation de ce monument. Que va dire M. Jaluzot, seul concessionnaire du droit de reproduction de la fameuse tour ?

BIBLIOTHÈQUE

—

I. **Du rôle des eaux d'Aulus dans le traitement de l'eczéma constitutionnel,** par le Dr ALRIQ. 1890.

II. **Traitement chirurgical de l'extrophie de la vessie. Note sur un nouveau procédé opératoire,** par PAUL SEGOND. Paris, Chamerot, 1890.

III. **Du rôle physiologique et thérapeutique de l'azote gazeux considéré principalement dans les eaux minérales des Pyrénées,** par le Dr DUHOURCAU. Toulouse, 1889.

IV. **Les agents du traitement de Franzensbad,** par le Dr CARL KLEIN-FRANZENSBAD. 1890.

V. **Contribution à l'étude du cancer en Normandie (Nature contagieuse et mode de propagation),** par le Dr ARMANDET (de Corneilles). Rouen, 1890.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

163.— Formule contre le tœnia infantile. (DESCROIZILLES.)

Huile éthérée de fougère mâle................	6 gr.
Calomel....................................	0 gr. 50
Sucre en poudre...........................	15 gr.
Gélatine....................................	Q. S.

Avant de faire prendre cette préparation à l'enfant, on le nourrit pendant deux jours, suivant une habitude dont on ne doit pas s'écarter, avec des aliments liquides, du lait, des potages peu épais.



164.— Deux cas de vaginisme guéris par la galvanisation, par le Docteur LOMER. (*Centralblatt für Gynaekologie*, 1889, n° 50).—Dans deux cas de vaginisme, chez des femmes mariées âgées l'une de 22 ans, l'autre de 27 ans, M. Lomer a eu recours avec succès à des applications du courant galvanique : L'une des électrodes, reliée au pôle négatif et représentée par une plaque rectangulaire de 7 centimètres sur 15, était appliquée sur le ventre. L'autre électrode cylindrique, arrondie à son extrémité, de 5 centimètres de diamètre, était appliquée sur le périnée et à l'entrée du vagin. Les séances avaient lieu d'abord tous les deux jours, puis tous les trois jours, puis toutes les semaines. La durée de chaque séance était de 4 à 5 minutes. L'intensité du courant était portée graduellement jusqu'au point où le sujet avait conscience du passage du courant, puis elle était graduellement ramenée au minimum.

L'effet de la galvanisation se traduisit d'abord par une diminution de fréquence des secousses convulsives du sphincter vulvaire ; puis l'entrée du vagin devint peu à peu insensible aux attouchements ; le médecin put finalement pratiquer le toucher avec un ou deux doigts. Les rapprochements sexuels devinrent possibles, pour la première fois depuis cinq ans de mariage, chez l'une des malades.

Dans les deux cas, le vaginisme se compliquait de dysménorrhée, et

dans les deux cas le traitement électrique a exercé une influence salutaire sur les manifestations dysménorrhéiques. Il a paru aussi qu'au début du traitement, les deux malades supportaient des intensités de courant beaucoup plus élevées que plus tard, lorsqu'une certaine amélioration s'était dessinée. On peut conclure de là que l'affection convulsive se compliquait d'un abaissement de l'excitabilité galvanique, *loco dolenti.*

***

165. — Du traitement du choléra infantile. — **M.** Eloy examine, dans la *Gazette hebdomadaire*, les différentes méthodes de traitement :

1° *Faut-il mettre l'enfant à la diète ?* Oui, d'après les uns (Critzmann) ; non, d'après les autres (J. Simon). Ceux qui proscrivent le lait permettent l'ingestion de quelques cuillerées d'eau albumineuse ou de thé au rhum, ces boissons étant glacées, pour apaiser la soif.

Ceux qui autorisent le régime lacté rationnent ce liquide à raison d'une ou deux verrées par jour et en le coupant d'eau de Vals ou de La Réveille. La cessation des vomissements ou de la diarrhée permet d'augmenter cette dose.

2° *Comment combattre la diarrhée ?* L'opium, malgré le jeune âge de l'enfant, peut être employé (Cadet de Gassicourt, J. Simon et Widerhofer). Voici une formule qui peut être utile :

Extrait de ratanhia...........	50 centigr. à 1 gramme.
Extrait de kola..............	10 à 20 centigrammes.
Elixir parégorique...........	VIII à X gouttes.
Sirop simple................	60 grammes.

Une cuillerée à café toutes les heures.

M. Critzmann emploie de préférence la potion suivante :

Salicylate de bismuth.........	1 à 2 grammes.
Laudanum de Sydenham......	I à V gouttes.
Infusion de thé..............	60 grammes.
Sirop de framboises..........	20 grammes.
Rhum.....................	15 à 20 grammes.

3° *Quels sont les agents antiseptiques que l'on peut prescrire ?* Le calomel d'abord, l'acide lactique ensuite.

Widerhofer administre le calomel de la façon suivante :

Calomel..................	5 à 10 centigrammes.
Sucre pulvérisé..........	20 —

F. s. a. pour 10 paquets. Un paquet toutes les deux heures.

Cesser l'administration du calomel, s'il y a collapsus.

On n'a pas oublié qu'on a préconisé l'usage de l'acide lactique dans ces dernières années. La formule suivante est en usage dans le service de M. Grancher :

Acide lactique..............	2 grammes.
Eau distillée............... } Sirop de framboises........ }	ââ 50 —

à administrer par cuillerée à café tous les quarts d'heure ou toutes les demi-heures.

M. Critzmann recommande aussi les lavements d'eau bouillie et boriquée de 150 à 200 grammes, suivant l'âge de l'enfant.

4° *Comment faut-il intervenir contre le collapsus et l'algidité* ? Par les bains sinapisés, chauffés à 38 degrés et de cinq à six minutes de durée ; par des piqûres d'éther, l'administration de la caféine à l'intérieur, ou, si ces moyens échouent, par l'injection sous-cutanée de 10 centigrammes de ce médicament.

***

166. — Traitement du tænia. (Kaiser.)

Huile de croton..............	1 goutte.
Chloroforme..................	4 grammes.
Glycérine....................	40 grammes.

M. s. a. — Prendre en deux fois à une demi-heure d'intervalle. Recommander la diète la veille. (*Med. chir. Rund.*)

***

167. — Traitement des gerçures du sein. (Eloy.) — A. *Traitement préventif.* — 1° Soins de propreté extrême. Après chaque tétée, enlever minutieusement les moindres caillots de lait.

2° Lotionner ensuite avec l'eau boriquée à 3 pour 100. M. Berckmann conseille de recouvrir ensuite le mamelon d'une rondelle de baudruche, mesurant de huit à dix centimètres de diamètre et préalablement percée d'un trou. Cette rondelle adhère fortement à la peau

et, avant de mettre l'enfant au sein, doit être humectée d'eau sucrée.

Ce pansement est renouvelé après chaque tétée.

3° Si l'auréole est sensible, onctions avec la pommade suivante :

Carbonate de zinc..............	5 gr.
Glycérine......................	4 gr.
Vaseline.......................	25 gr.

Ou bien avec un glycérolé de tanin tel que le suivant :

Tanin..........................	35 gr.
Glycérine......................	50 gr.
Eau de rose....................	20 gr.

B. *Traitement curatif.* — On combinera l'action des substitutifs avec celle d'un topique à la fois sédatif et protecteur.

Voici une pratique recommandable :

1° Cautérisations de la fissure avec le crayon de nitrate d'argent.

2° Immédiatement après, badigeonnage avec le collodion cocaïné :

Collodion......................	20 gr.
Ether..........................	2 gr.
Hydrochlorate de cocaïne.........	0,20 centigr.

Ou bien, avec le collodion antiseptique au salol :

Salol..........................	2 gr.
Ether..........................	4 gr.
Hydrochlorate de cocaïne.........	0.15 centigr.
Collodion......................	25 gr.

***

168. — Obturateur vaginal à double courant pour injections vaginales chaudes, par le Dr EMERICH BERCZELLER, de Budapest. (*Centralblatt für Gynæk.*, n° 12, 1890.) — Plusieurs médecins auront certainement observé que les injections vaginales très chaudes ne donnent pas les mêmes résultats dans la pratique privée que dans les hôpitaux. Voici l'explication de ce fait :

Nos malades faisant leurs injections fort mal et sans aucune espèce de contrôle, emploient tout simplement de l'eau tiède, parce que l'eau chaude brûle les parties génitales externes.

Certaines femmes ne veulent pas entendre parler d'injections chaudes. Après en avoir fait l'essai, elles assurent avoir ressenti une sensation de brûlure insupportable.

J'ai recommandé l'emploi d'un morceau de cire pour protéger les organes génitaux externes. Cette complication du traitement ne donne pas d'excellents résultats. Afin de rémédier à cet inconvénient et pour rendre applicable et pratique un moyen thérapeutique dont l'influence est très importante, j'ai fait construire un petit instrument spécial remplissant parfaitement son but. C'est un cathéter à double courant permettant l'entrée et l'écoulement des liquides. A chacun des deux orifices inférieurs du cathéter, viennent s'adapter deux tubes en caoutchouc.

La longueur totale de l'instrument est de six à sept centimètres. Un entonnoir d'une largeur de 6 à 7 1/2 centimètres entoure le cathéter. L'injection, pénétrant par le tube de droite, reflue par le second tube. La femme pose les doigts sur les bords de l'entonnoir pour soutenir l'instrument.

Le premier avantage de cet appareil, c'est de permettre l'écoulement des eaux surchauffées par un tube spécial et de ne pas causer de brûlures aux malades.

Cet instrument présente encore d'autres avantages :

1° Si l'on introduit une petite portion de cette injection dans le vagin, il ne pourra causer des douleurs comparables à celles produites par l'injecteur ordinaire qu'il convient d'introduire très haut.

2° Lorsque l'on ferme le tube d'écoulement, on peut arrêter l'écoulement du liquide pendant un temps assez long. Le contact de l'eau chaude et des parois vaginales est beaucoup plus intime. Par conséquent, les injections médicamenteuses seront plus utiles.

Lors des simples injections hygiéniques, la manœuvre de l'instrument se fait plus proprement.

L'idée première de cet appareil m'est venue en voyant l'obturateur d'Oser pour injections rectales.

(Journal d'Accouchements.)



169. — Glycérolé d'acide borique comme topique dans la variole. — M. Bertrand (*Acad. méd. Paris*) a employé avec succès, dans le traitement local des pustules de variole, un glycérolé d'acide borique à 4/50, qu'il fait étendre sur la face aussitôt après l'éruption. En même temps, il fait procéder à des lavages de la gorge et des yeux avec la solution tiède saturée d'acide borique. Sous l'in-

fluence de ce traitement, l'éruption de la face a avorté dans cinq cas et n'a laissé que des cicatrices très légères.

(*Presse méd. Belge.*)

***

170. — Traitement de la tympanite qui accompagne la métrite et la péritonite.

Naphtol........................	} ââ 4 gr. 50
Carbonate de magnésie...........	
Charbon de bois pulvérisé.........	
Essence de menthe poivrée.........	X gouttes.

F. S. A. — *Quinze* cachets.

S. — A prendre un cachet toutes les fois qu'il y a douleur.

***

171. — Traitement de la diphtérie à l'hôpital Seelong (Victoria). (A. W. Marwood.)

I. Acide salicylique.............	1 gr. 90
Glycérine.....................	60 grammes.
Eau de chaux.................	240 —

S. — Spray toutes les trois à quatre heures.

II. Acide phénique.............	VIII gouttes.
Sulfate de fer en solution....	9 gr. 50
Glycérine..................	30 grammes.

S. — Badigeonner les parties affectées toutes les six heures. (*Nouveaux Remèdes.*)

***

172.—Traitement des vomissements incoërcibles de la grossesse. (Randolph.)

Créosote..................	X gouttes.
Acide acétique.............	XX —
Sulfate de morphine........	0 gr. 06
Eau distillée..............	30 grammes.

MS. — A prendre, toutes les 30 minutes, deux à trois cuillerées à café.

***

173. — La créoline contre le prurit vulvaire. (DURR.)

Huile de graine de lin.....	100	parties.
Créoline................	3 à 5	—

MS. — A frictionner les parties affectées trois à quatre fois par jour.

***

174. — Injection hypodermique contre la métrorrhagie. (DE SINÉTY.)

Ergotine (formule d'Yvon)....	1	gramme.
Hydrolat de laurier-cerise....	5	grammes.

Mêlez. — 15 à 20 gouttes tous les jours ou tous les deux jours, en injection sous-cutanée, ce qui correspond à un gramme et demi ou deux grammes d'ergot de seigle. — Si l'on fait usage de l'ergotinine de Tanret, les doses devront être de 1 à 15 milligrammes. — Avoir soin de faire pénétrer l'injection dans le tissu cellulaire sous-cutané et non dans le derme.

***

175. — Potion contre les coliques menstruelles.

Acétate d'ammoniaque..........	6	grammes.
Infusion de fleurs de sureau et coquelicots....................	120	—
Eau de fleurs d'oranger.........	14	—
Sirop de morphine.............	20	—

Mêlez. — 2 à 4 cuillerées par heure, contre les coliques qui précèdent ou accompagnent l'écoulement des règles. — N. G.



176. — Du tamponnement intra-utérin après la délivrance en cas de placenta prœvia, par M. AUDRY. — L'auteur, interne de M. Fochier, recommande le procédé suivant et, à l'appui de son argumentation, publie deux observations où le succès a été complet (*Lyon Méd.* 18 mai 1890, p. 75).

Voici ce procédé :

On tamponne l'utérus avec des bandes de gaze iodoformée ; puis l'utérus une fois rempli, le segment inférieur bien distendu, on se

contente de maintenir vigoureusement le tampon avec deux ou quatre doigts introduits dans le vagin pendant que l'autre main ou un corps pesant (sac de plomb, de sable, etc.) presse par-dessus le pubis. Une fois l'hémorrhagie arrêtée, on retire la main et on abandonne le tampon qui est fixé.

Si l'on a à sa disposition des aides et des instruments, il vaudra mieux sans doute maintenir le col avec des pinces ; mais cette manœuvre n'a rien d'indispensable ; avec une main dans l'utérus et une pince à polype on n'éprouvera pas de difficultés sérieuses à faire un tamponnement intra-utérin irréprochable.

Autant que possible, il est bon de prolonger le contact du corps absorbant et compressif avec la surface saignante jusqu'à ce que les caillots soient solidement constitués.

Cependant, si des signes d'infection ou d'intoxication se manifestaient, on pourrait dès la huitième heure procéder à la prudente ablation des tampons. Enfin, on fera suivre le détamponnement d'un lavage intra-utérin tiède, sous faible pression.



177. — Du traitement des vomissements par la teinture d'iode, par M. le Dr Taylor. — On sait que ce médicament a donné des résultats heureux contre les vomissements rebelles de la dyspepsie, des gastrites, des néphrites et de la grossesse.

M. Taylor administre, dans ce but, la teinture d'iode à la dose de trois gouttes dans cinq ou six cuillerées d'eau et répète cette dose toutes les demi-heures. (*The Lancet*, 1er février 1890.)

Cette médication n'est pas souveraine, à coup sûr, mais peut être essayée dans les cas où les autres médicaments échouent.



178. — Traitement de la blennorrhagie chez la femme, par M. Schmitt (de Nancy). — Après diverses considérations sur les localisations anatomiques de la blennorrhagie chez la femme, basées sur les récentes recherches microbiennes, l'auteur établit, d'après ses observations personnelles, que, à la période aiguë de l'affection, l'uréthrite et la vaginite dominent la scène, tandis que l'endométrite persiste souvent à l'état chronique, quand les autres manifestations ont cédé depuis longtemps. Puis M. Schmitt passe succes-

sivement en revue les traitements qui lui ont fourni des résultats dans chacune de ces localisations à la vulve, au vagin, à l'urèthre et à l'utérus.

Comme la vulvite, c'est avec le repos au lit, l'application de compresses glacées, avec cautérisation des érosions douloureuses à l'aide d'une solution de nitrate d'argent au 20e, les replis cutanés étant d'ailleurs isolés par l'interposition d'ouate imbibée de solution de sublimé au 1.000e ou de biiodure au 4.000e. Quant à la bartholinite abcédée, elle n'est justiciable que du traitement chirurgical (large incision avec lavage et pansements antiseptiques). Les attouchements de nitrate d'argent suffisent contre la folliculite.

Le vagin, d'après M. Schmitt, n'est pas si exceptionnellement atteint que veut bien le dire M. Eyraud (de Lyon). Après avoir énuméré les différents traitements préconisés dans ces derniers temps contre la vaginite blennorrhagique, le chirurgien de Nancy déclare employer de préférence maintenant dans sa pratique le biiodure de mercure, « dont les propriétés microbicides, dit-il, sont encore très actives, même à une forte dilution ». Voici d'ailleurs comment il procède :

Dès que l'introduction de la canule vaginale et du spéculum n'est plus douloureuse, il fait pratiquer une ou deux fois par jour, selon l'abondance de l'écoulement et l'acuité de l'inflammation, des irrigations au biiodure de mercure au 10.000e ; ces lavages vaginaux sont faits à l'aide de l'irrigateur ordinaire, coiffé d'une canule latérale percée de deux trous latéraux ; 2 litres de liquides sont largement employés chaque fois. Puis, la femme étant couchée le bassin élevé, suivant l'ancien conseil de Ricord, on pratique avec ou sans spéculum une nouvelle injection, de façon que le liquide (au 4.000e, cette fois) séjourne quelques minutes dans le vagin : celui-ci, lorsque l'injection s'est écoulée, est tamponné avec du coton imbibé de glycérine iodoformée au début, saupoudrée de tannin un peu plus tard. Après quelques jours (dix à quinze en moyenne), et en traitant concurremment les autres localisations de l'inflammation, tout écoulement vaginal a disparu. Quand l'urèthre est envahi par le processus infectieux, le nitrate d'argent fait merveille ; dans les cas aigus, souvent une seule cautérisation avec un crayon, soit pur, soit mitigé, est insuffisante. Plus tard, il faut pratiquer tous les jours une instillation argentique au 50e. (*Rev. méd. de l'Est.*)

***

179. — Prophylaxie des déchirures périnéales. — Le Dr Desrosiers publie dans l'*Union médicale du Canada* du mois d'avril (p. 177) un intéressant travail relatif à la prophylaxie des déchirures du périnée.

A la fin de la seconde période du travail, dit-il, au moment où la tête atteint le périnée, celui-ci commence à se distendre, lentement en général, et il est admis que la lenteur du mouvement de descente et de dégagement de la tête est en raison directe de la résistance offerte par le périnée, en raison directe aussi de l'épaisseur de celui-ci. Or, en même temps que le périnée résiste, le sphincter du vagin, le *constrictor cunni*, se contracte sous l'influence de l'irritation et du contact de la tête, et cette contraction doit constituer un obstacle de plus au passage du fœtus. Il s'ensuit nécessairement que c'est au moment précis où le périnée aurait le plus besoin d'être soulagé que la contraction spasmodique du sphincter vient rendre la tension des parties molles plus considérable et augmenter la résistance à la sortie de la tête. Quand l'effort expulsif cesse, la tête remonte un peu, comme on sait; la tension périnéale disparaît, de même que la contraction du bulbe et, à ce moment-là, l'orifice vulvaire est certainement plus agrandi qu'il ne l'était durant la *douleur*. Les auteurs qui sont opposés au support du périnée durant la dilatation de celui-ci se basent sur un fait analogue. Pour eux, le simple contact de la main avec la surface du périnée et de la vulve suffit à augmenter la contraction du sphincter, et empêche conséquemment, plutôt qu'il ne favorise, le dégagement de la partie fœtale.

En résumé il se produit, au moment où la tête atteint la vulve, absolument le même phénomène que celui que nous observons dans le vaginisme : contraction spasmodique du *constrictor cunni*, d'où obstacle à la sortie de la partie fœtale, laquelle finit toujours, sous l'influence des contractions utérines, par franchir l'orifice vulvaire, mais non sans danger pour les parties molles et en particulier pour le périnée.

La conclusion pratique à laquelle nous arrivons nécessairement, c'est que le moment le plus propice au passage de la tête doit être l'intervalle de deux contractions utérines, puisque c'est à ce moment-là même que l'orifice vulvaire est à son *sommum* de dilatabilité. Or voici, dit M. Desrosiers, comment je procède depuis bientôt deux ans : au moment où la tête, descendue au détroit inférieur, commence à distendre le périnée, j'en surveille attentivement les mouvements de

descente et de dégagement, n'intervenant que pour constater le degré de tension des parties molles. Quand l'effort expulsif fait bomber le périnée, j'ai soin, surtout, que la tête ne se dégage pas *durant* une douleur, et quand, durant un intervalle de calme, je crois constater que la douleur suivante va inévitablement amener la sortie de la partie fœtale qui se présente, je refoule, de chaque côté, les parties molles, je refoule en arrière, également, le périnée lui-même, tout en repoussant en haut la tête de façon à la faire se défléchir et à faire remonter l'occiput au dehors, sous l'arcade pubienne. Ces quelques manipulations ne sont guère douloureuses et toujours, jusqu'à aujourd'hui, j'ai réussi, grâce à cela, à faire naître la tête *dans l'intervalle* de deux efforts expulsifs.

Quand l'accouchement se fait avec l'aide du chloroforme ou du bromure d'éthyle, la besogne est de beaucoup simplifiée. En effet, chez beaucoup de malades, en poussant un peu les doses d'anesthésique, on obtient une diminution assez bien marquée de l'intensité des efforts expulsifs, et l'on peut de la sorte ralentir au besoin le mouvement de dégagement de la tête, par conséquent rendre plus graduelle, moins brutale, la distension des parties molles. En outre, il est admis que, durant l'anesthésie, même simplement obstétricale, le spasme du *constrictor cunni* est toujours annihilé, ainsi que la sensibilité locale ; les parties molles sont plus relâchées, — toutes circonstances de nature à diminuer les chances de déchirure du périnée.

L'auteur ne prétend pas que cette méthode soit infaillible, ni même qu'elle soit toujours praticable. Ce qu'il veut constater, c'est qu'elle semble rationnelle, qu'elle a permis d'éviter plus d'une fois la rupture du périnée, et qu'elle vaut probablement la peine qu'on la mette à l'épreuve.

(Rev. de thér. médic.-chir.)

***

180. — Traitement de la constipation des nouveau-nés (de 1 à 2 ans). — Formule de Wiethe :

Magnésie calcinée........................	àà 5 grammes.
Racine de rhubarbe........................	
Oléo-saccharine d'anis....................	

Une pincée trois fois par jour. Chez les enfants âgés de quelques

semaines seulement, il convient de réduire à 2 ou 3 grammes la dose de rhubarbe et de magnésie.

Formule de MONTI :

Mannites cristallisée........................	50 grammes.
Eau distillée................................	100 —

Une cuillerée à café toutes les deux heures. La dose de mannite peut être portée à 10 grammes.



181. — Electuaire laxatif pour les enfants. (FERRAND.)

Manne en larmes	50 grammes.
Magnésie calcinée........................	10 —
Fleur de soufre lavée.....................	10 —
Miel blanc................................	30 —

F. s. a. un électuaire, dont on administre une ou deux cuillerées à soupe, dans une tasse de thé léger ou de lait chaud.



182. — Le rétinol dans le traitement de la vaginite, par M. BALZER, médecin de Lourcine. — Cette substance est extraite de la colophane par distillation. C'est un hydrocarbure qui se présente sous forme d'un liquide offrant la consistance de l'huile de lin, et dont la couleur est tantôt d'un brun noir, tantôt d'un jaune doré, selon le mode de préparation. Le rétinol a une réaction légèrement acide : il s'évapore lentement à la température ordinaire. Comme toutes les substances balsamiques, il doit être considéré comme un agent antiseptique. M. Balzer propose d'ailleurs d'accroître son action thérapeutique à ce point de vue en l'additionnant d'essences diverses, de salol, naphtol camphré, etc.

Le rétinol a déjà été appliqué en Amérique au traitement de la gonorrhée, des métrites, etc. Les bons résultats qu'il a donnés doivent être attribués à son pouvoir antiseptique et à son action isolatrice.

Introduit dans le vagin il s'étale à la surface de ce conduit en le recouvrant d'une mince couche adhérente. Il suffit pour cela d'introduire, à l'aide du spéculum, après lavage de la muqueuse, un tampon d'ouate hydrophyle imbibé de rétinol. Chez une quarantaine de femmes, M. Balzer a usé de ce mode de traitement et toujours il a obtenu une guérison prompte de la vaginite. Particulièrement remarquables ont été

les résultats obtenus pour s'opposer à l'aide de ce topique à la récidive des végétations après abrasion sanglante.

Pour permettre aux malades de poursuivre seules le traitement par le rétinol, sans le secours du spéculum, M. Balzer s'est efforcé de faire préparer ce médicament sous la forme d'ovules solidifiés. Successivement il a essayé d'un mélange de rétinol et de colophane à saturation ; mais cette préparation présente l'inconvénient de former au niveau des organes génitaux externes un magma agglutinatif très cohérent. Au rétinol et à la colophane il a ajouté de la poudre de tan : ici il a rencontré les inconvénients inhérents aux poudres insolubles : la difficulté très grande de déterger les culs-de-sac et replis de la muqueuse à l'aide de lavages. A la poudre de tan il a substitué le borax : dans ces conditions, l'ovule présente une fusibilité parfaite ; toutefois, ce mélange est d'un contact particulièrement douloureux lorsqu'il existe des exulcérations de la muqueuse et ne peut être supporté dans certaines vaginites aiguës très intenses.

M. Balzer se propose de poursuivre ces recherches, quant à la technique de l'emploi du rétinol. Son pouvoir antiseptique, sa composition chimique, son état liquide, enfin son défaut de causticité le rendent apte à servir d'excipient à nombre de substances médicamenteuses.

(*Journal de méd. de Paris.*)



183.— Traitement opératoire des rétroflexions utérines, par M. Frommel. — Ce traitement a pour but de maintenir la matrice en antéversion par la fixation des replis de Douglas aux parois latérales du bassin. (*Cent. f. Gynaek.*, 1890, n° 6.)

En voici la technique :

1° La malade est placée dans le décubitus avec le siège très relevé, pour faire glissser le paquet intestinal hors du petit bassin :

2° On libère l'utérus de ses adhérences et on l'attire en avant ;

3° On traverse avec une aiguille les ligaments rétro-utérins près de leur insertion sur la matrice et on les suture aux parois latérales du bassin, de façon à les tendre et à les diriger d'avant en arrière.

Il est bon de pratiquer la suture avec la soie ou le crin de Florence. Dans les cas de relâchement extrême des replis, on le fixe très haut, vers le détroit supérieur ; dans les cas de relâchement modéré, on les fixe très bas et dans le petit bassin.

Après la guérison, l'utérus conserverait sa mobilité. Malgré ses succès, Frommel ne conseille l'opération qu'après l'échec des autres traitements.

(*Rev. gén. de Clin.*).



184. — Traitement de l'endométrite. — Les discussions engagées sur cette question à l'Académie et dans les diverses sociétés savantes de Paris ont actuellement leur retentissement en Amérique. M. E. L. B. Godfrey, de *Cooper Hospital* (Camden) publie dans le *Medical Bulletin* d'avril (page 124, vol. I) un travail renfermant quelques indications intéressantes sur le procédé opératoire à adopter pour pratiquer la cautérisation de la muqueuse utérine. L'auteur rejette l'emploi des acides destructeurs, tels que l'acide chromique et l'acide nitrique, ainsi que celui du galvanocautère. Il recommande une solution, formée de deux parties de teinture d'iode pour une partie d'acide phénique. Mais il insiste surtout sur le procédé à employer pour faire pénétrer le liquide dans la cavité utérine. Les mèches portées au bout d'une baguette donnent de mauvais résultats parce qu'elles s'essuient au passage du col en déversant une quantité exagérée de la solution caustique dans le canal cervical. L'auteur préconise l'emploi d'un tube de verre, auquel il adapte un tuyau de caoutchouc terminé par une petite poire de même substance. Le tube de verre est rempli avec une petite quantité de la solution indiquée, puis introduit dans la cavité utérine jusqu'à ce qu'il ait franchi l'orifice interne. On presse alors sur la poire de caoutchouc jusqu'à ce que l'on ait fait pénétrer de 8 à 10 gouttes de la solution dans l'utérus.

Le traitement donne, paraît-il, les meilleurs résultats. L'auteur reconnaît toutefois qu'il ne va pas sans provoquer parfois quelques coliques utérines. Il faut, pour les éviter dans la mesure du possible, veiller à ce que l'utérus, pendant l'opération, occupe une bonne position. Quant à l'appareil recommandé, il nous semble qu'il pourrait être avantageusement remplacé en France par la seringue à instillations uréthrales, employée dans le traitement de la goutte militaire.

(*Rev. de thér. méd. chir.*)

***

185. — Traitement de la métrite cervicale par l'incision circulaire du col. — M. Schucking (*Centralb f. Gynaekologie*, p. 180 et 189), dans les cas de métrite chronique plus ou moins invétérée, avec hypertrophie moyenne des parties et lorsque la muqueuse cervicale n'a pas subi de trop graves altérations, recommande comme moyen de traitement, le procédé suivant : faire dans le tissu utérin tout autour de l'orifice du col, une incision circulaire pénétrant à deux centimètres de profondeur dans le col de la matrice. En agissant ainsi, les vaisseaux sont tout aussi bien sectionnés que par l'amputation cunéiforme.

L'auteur a employé cette méthode dans quatre cas ; chez les deux premières malades il a pratiqué deux points de suture dans les lèvres antérieure et postérieure. Les deux dernières malades, au contraire, ont été opérées en deux temps, l'incision des lèvres ayant été effectuée à quelques jours d'intervalle, et il n'a pas été fait de sutures.

En somme d'après son expérience personnelle, M. Schücking croit devoir recommander l'incision profonde et circulaire de la partie vaginale de l'utérus dans les cas de métrite avec hypertrophie.

FORMULAIRE

Mode d'emploi des bromures dans la métrite chronique.

(Jules Chéron.)

C'est à Scanzoni, qui a si bien étudié la métrite chronique, que l'on doit la connaissance de l'utilité des bromures dans le traitement de la métrite chronique.

Scanzoni employait le bromure de potassium dans la métrite parenchymateuse, à la première période (période de filtration) et il affirmait que de petites doses de ce médicament, longtemps continuées, diminuaient les douleurs, faisaient cesser l'état d'irritabilité du système nerveux central et même avaient une action favorable sur l'état local.

Il est incontestable que l'usage continu des bromures est d'une grande utilité dans tous les états congestifs de l'appareil utéro-ovarien et j'y ai souvent eu recours avec avantage.

Les préparations de bromure les plus utilisées actuellement sont

le bromure de potassium, le bromure de sodium et le bromure d'ammonium ; depuis que les deux derniers médicaments sont entrés dans la thérapeutique, on a de la tendance à les substituer au bromure de potassium, ou bien l'on emploie trop souvent l'un quelconque des trois bromures, sans se préoccuper de leur action physiologique spéciale.

Dans un mémoire, fait il y a quelques années, en collaboration avec M. le Dr Fauquez, j'ai établi que le bromure de sodium agit surtout sur la nutrition générale, que le bromure d'ammonium est spécialement utile dans les excitations cérébrales et que le bromure de potassium est le meilleur modérateur du pouvoir excito-moteur de la moelle. Pour éteindre les réflexes partis de la sphère génitale, pour combattre la paralysie vaso-motrice de la moelle lombaire et du sympathique de la même région, en un mot pour faire cesser la congestion utérine aussi bien que les troubles réflexes dont la métrite chronique est le point de départ, c'est donc au bromure de potassium qu'il convient de donner la préférence.

Il n'y a pas lieu d'associer, dans le cas qui nous occupe, le bromure de sodium et le bromure d'ammonium au bromure de potassium.

Le médicament devant être employé, d'une façon continue, pendant plusieurs mois, il ne faut pas dépasser la dose de deux grammes par jour.

La formule que j'emploie est la suivante :

Bromure de potassium..........	20 grammes.
Eau distillée..................	300 —

Prendre une cuillerée à bouche ou un verre à liqueur après chacun des deux principaux repas.

ERRATUM. — Dans notre dernier formulaire (*Revue des mal. des femmes*, juillet 1890, p. 448, ligne 26), lire : « pour *onctions* bi-quotidiennes sur le sein, etc. » au lieu de « pour *lotions* bi-quotidiennes, etc. »

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André

REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE
DES
MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

QUELQUES OBSERVATIONS D'ATRÉSIES UTÉRINES A LA SUITE DE L'EMPLOI DES CRAYONS DE CHLORURE DE ZINC DANS LE TRAITEMENT DES ENDOMÉTRITES.

Déjà, dans une précédente revue (1), nous avons mis nos lecteurs en garde contre les dangers des crayons de chlorure de zinc laissés à demeure dans la cavité utérine, dans le but de traiter l'endométrite. Nous ne reviendriions pas sur ce sujet, s'il ne nous arrivait, chaque jour, de rencontrer des médecins qui sont séduits par la simplicité de ce mode de traitement, et qui n'en voient pas les inconvénients nombreux. Comme le dit très bien notre savant confrère de Bruxelles, le Dr Walton (2) : « Le danger est d'autant plus grand que l'exemple vient de plus haut. Le praticien, absorbé par son travail matériel, a une tendance toute naturelle à accepter, sans discussion, tout traitement nouveau lancé par ceux qu'il a l'habitude de considérer comme les princes de la science ; et il l'accepte d'autant plus volontiers qu'il semble plus

(1) JULES BATUAUD. Le crayon de chlorure de zinc dans le traitement des endométrites ; parallèle avec le curettage de la cavité utérine. *Rev. méd. chir. des maladies des femmes*, 25 février 1890.

(2) WALTON. Des dangers des fortes cautérisations intra-utérines. Communication à la Société belge de gynécologie, Bruxelles 1890.

facile. Il est de notre devoir... de l'éclairer et de lui signaler les écueils contre lesquels ira se briser la santé de ses clientes.

« En résumé, dit-il plus loin, voici le tableau des dégâts que peuvent produire ces cautérisations intra-utérines si énergiques (1) : pelvi-péritonite avec adhérences et déviation ; destruction complète, sans espoir de régénération de la muqueuse utérine et d'une partie de la muqueuse tubaire, d'où aménorrhée et stérilité ; atrésie du canal utérin, d'où menace de rupture de la trompe ; violentes douleurs abdominales à chaque époque menstruelle sans apparition des règles. Voilà le bilan, et une femme arrangée de la sorte peut, à juste titre être considérée comme une invalide pour le restant de ses jours, à moins qu'on ne parvienne à y remédier par une opération quelconque ; peut-être même sera-t-on réduit à faire l'ablation des annexes. »

A l'appui de cette assertion, M. le Dr Walton rapporte deux observations que nous allons reproduire pour l'édification de nos lecteurs ; nous en ajouterons une troisième, dont nous devons la communication à notre savant maître, M. le Dr J. Chéron. Disons enfin que plusieurs de nos confrères de Paris nous ont raconté des cas analogues qu'ils ont observés depuis peu, dans leur clientèle.

Observation I. — Mlle L. M., 25 ans, unipare (l'enfant a 6 ans), était atteinte d'endométrite probablement de nature blennorrhagique ; l'utérus était complètement mobile et libre ; les annexes et le péritoine tout à fait indemnes.

Ne pouvant se faire soigner chez elle, elle se rend à l'hôpital Saint-Pierre, le 20 mai 1889. Le traitement suivi alors, commencé

(1) Le crayon de chlorure de zinc est aveugle, comme tous les caustiques. S'il agit superficiellement, la muqueuse n'est pas détruite à une profondeur suffisante et les ménorrhagies reprennent de plus belle, comme dans un cas que nous avons rapporté dans notre revue du mois de février dernier. S'il agit profondément, il détruit non-seulement la muqueuse mais aussi ses éléments régénérateurs, il laisse à sa place un tissu cicatriciel impropre à tout acte physiologique et susceptible de se rétracter en donnant naissance à une atrésie complète de tout le canal cervico-utérin. J. B.

dans les salles et poursuivi à la consultation gratuite, semble n'avoir guère abouti, car les pertes ne diminuèrent pas et même, six semaines après, éclata une première attaque de pelvi-péritonite, qui la força à retourner se faire soigner à l'hôpital. Là, au bout d'un certain temps, on lui introduisit dans la cavité utérine un crayon de pâte de Canquoin.

Cette cautérisation détermina une douleur violente, avec fièvre, état nauséeux, quelques vomissements, etc. Il s'était donc produit une seconde attaque de péritonite.

Ce n'est que cinq mois après que je la revis pour la seconde fois. Elle me dit qu'elle est toujours souffrante comme auparavant, et que depuis cinq mois elle n'avait plus revu ses règles, ce qui lui faisait supposer qu'elle était enceinte, bien que son ventre n'eut pas augmenté de volume.

En pratiquant le toucher, au lieu de trouver un utérus mobile et libre comme autrefois, je trouvais la matrice, de volume normal, avec col négatif, complètement refoulé dans le petit bassin, immobile et fixé par des adhérences péritonéales dans le cul-de-sac de Douglas.

Certain dès lors qu'aucune grossesse n'existait, je tentais de faire le cathétérisme de l'utérus ; je n'y pus absolument pas parvenir, le canal étant complètement atrésié. Etonné d'un pareil changement, je l'interrogeai, c'est alors qu'elle me raconta son odyssée.

Ce n'est que tout récemment que j'ai eu de ses nouvelles. Elle résume son état en ces mots : « Je suis toujours au même point. Plus de règles pendant dix mois. »

Observation II. — Marie V., fille vierge, âgée de 31 ans, réglée à l'âge de 14 ans. Ses règles sont venues sans aucune douleur jusqu'à l'âge de 18 ans ; alors, pendant une année entière, elles les a eues irrégulièrement de cinq à six semaines, toujours sans douleurs. A l'âge de 23 ans, elle fut traitée pour une anémie qui dura deux ans ; elle avait aussi parfois des palpitations et des faiblesses. C'est à partir de son anémie, qu'elle commença à souffrir pour avoir ses règles ; mais jusqu'au mois de mai 1886, elle

n'avait jamais eu de pertes blanches. Ces pertes ont débuté par de violentes coliques après lesquelles elle perdit en blanc et en rouge. Ces pertes blanches étaient précédées de démangeaisons insupportables.

En novembre dernier, elle fut traitée à l'hôpital Saint-Pierre, où on lui appliqua un crayon de chlorure de zinc. Ce traitement lui occasionna des douleurs très violentes, avec fièvre, frissons et nausées, et fut suivi de l'expulsion d'un long cylindre de tissu escharifié. La chûte de l'eschare fut accompagnée d'une perte de sang qu'elle prit pour ses règles.

Depuis qu'elle a été à l'hôpital, elle continue toujours à souffrir du bas-ventre ; la marche est douloureuse et s'accompagne de sensations de pesanteur dans le pelvis. Les pertes blanches ont diminué mais n'ont pas disparu. A l'époque menstruelle, les douleurs sont atroces, mais sans évacuation de sang.

En examinant cette jeune fille, je trouvais la matrice en latéroversion droite, peu mobile. Les tissus péri-utérins, surtout à gauche, paraissent encore engorgés; on y constate une tumeur formée par la trompe. L'examen est douloureux ; je tente, mais inutilement, le cathétérisme de la cavité utérine, celle-ci est complètement atrésiée.

Comme il y avait à peine deux mois qu'elle avait subi cette cautérisation, je me proposais de rétablir la perméabilité du canal utérin. Cette opération fut pratiquée à l'institut chirurgical de la rue Narey. Je dus littéralement forer mon chemin. Je fis une puissante dilatation du fond de l'utérus dans l'espoir de séparer les parois accolées de l'isthme tubaire.

Le 20 janvier 1890, les règles ont reparu sans douleur aucune. La jeune personne se trouve actuellement tout à fait bien portante au point qu'elle a pu se rendre chez moi, à pied, pendant son époque.

Depuis lors les règles reviennent normalement et à époque fixe. La tumeur produite par la salpingite a disparu à la suite de l'évacuation du contenu de la trompe par le canal utérin. Preuve nouvelle de l'efficacité de ce procédé appliqué aux salpingites et aux inflammations péri-utérines en général.

Observation III. — Dans le cours de l'année 1889, M. le Dr Chéron fut consulté, à Paris, par une dame de province atteinte d'endométrite fongueuse, suite de couches, avec ectropion double du canal cervical. Il conseilla à la malade de faire pratiquer, par son médecin, un traitement de préparation, consistant en injections vaginales chaudes antiseptiques, en scarifications du col et en pansements décongestifs, ces moyens devant, disait-il, produire la sédation des douleurs dont elle se plaignait et préparer l'utérus à une intervention plus active, qui serait sans doute nécessaire pour assurer la guérison. Le curettage de la cavité utérine semblait devoir être indispensable pour régénérer la muqueuse et on devrait faire une ignipuncture profonde pour détruire les ectropions et rendre au col sa configuration normale (1).

Après quelques mois de soins, donnés, en province, suivant les indications prescrites, l'état de la malade était grandement amélioré. Elle parla alors de revenir à Paris pour subir le curettage. Son médecin l'en détourna, disant que le curettage était une opération sérieuse, pénible, et qu'il serait beaucoup plus simple de se contenter de placer dans le canal cervico-utérin, un crayon de chlorure de zinc, ce mode de traitement donnant d'excellents résultats et ne présentant pas de danger. C'était une simple cautérisation substituée à une véritable opération.

La malade se laissa convaincre ; un crayon de chlorure de zinc

(1) C'est bien à tort qu'on accuse l'*ignipuncture profonde* de donner lieu à des « cicatrices qui ajoutent à la sclérose du col et favorisent la dégénérescence kystique, le rétrécissement du canal cervical et la compression des filets nerveux, origine de reflexes morbides ». Cela peut être vrai de l'ignipuncture faite avec de gros cautères appliqués d'une façon trop superficielle sur le col, et au hasard en quelque sorte, ainsi que l'opération était souvent pratiquée autrefois. Nous avons vu, au contraire, un grand nombre des malades opérées par M. le Dr Chéron, à l'aide du cautère très aigu qu'il a fait fabriquer pour cette opération, nous en avons nous-même opéré un certain nombre suivant sa méthode et nous avons toujours vu le col revenir à sa configuration normale, reprendre sa consistance habituelle, sans aucune cicatrice, sans noyau d'induration et, chose plus importante encore, les malades voyaient cesser les troubles de la santé dont la lésion utérine était la cause et qui avaient nécessité l'intervention (J. B.).

fut placé, en suivant exactement les règles posées par M. Dumontpallier et exposées à l'Académie de médecine. Les douleurs furent très grandes pendant les premiers jours, mais elles se calmèrent et la malade reprit son train de vie habituel.

Un mois après, on crut que les règles allaient survenir. La malade se plaignit pendant une huitaine de jours, de chaleurs au visage, de suffocations, de malaises divers, enfin de douleurs intenses dans le ventre. Mais il n'y eut aucun écoulement sanguin.

Les mêmes accidents se reproduisirent les mois suivants; la malade retourna alors voir son médecin qui essaya vainement de faire le cathétérisme de l'utérus et, en présence de cette atrésie complète, conseilla de revenir à Paris et de prendre le conseil de M. le Dr Chéron.

Il y avait alors 5 mois que les règles étaient supprimées. M. Chéron constata l'atrésie cervicale et se chargea de créer un nouveau canal, avec l'espoir que, peut-être, la cavité utérine n'était pas entièrement atrésiée.

Il fallut forer un canal cervical dans le col oblitéré et sclérosé, ce qui demanda plusieurs séances; chaque fois, M. Chéron passait une filière métallique dans le canal nouveau, en mettant la sonde en rapport avec le pôle négatif d'une batterie de piles à courant continu. La cavité utérine fut finalement ouverte avec une flèche du cautère galvanique, l'isthme devenu fibreux offrant une résistance trop grande pour être ouvert par la galvano-puncture chimique. Heureusement la cavité utérine n'était pas complètement oblitérée. Elle présentait seulement une surface interne dure et inégale, ce qui prouvait que la muqueuse ne s'était pas régénérée d'une façon normale et était remplacée par un tissu de cicatrice. Le canal cervico-utérin mesurait 6 centimètres.

Le canal ainsi créé fut agrandi progressivement par le passage régulier de bougies de plus en plus grosses. Les règles survinrent alors, à l'époque attendue, il y eut un écoulement sanguin d'abondance moyenne, pendant 5 à 6 jours, et la malade n'éprouva aucun malaise.

Les règles reviennent depuis lors régulièrement et sans dou-

leurs ; elles se sont déjà produites six fois depuis l'opération ; le médecin de la malade, qui est retournée en province, lui passe encore de temps en temps des bougies flexibles, dans le canal cervical, pour maintenir la perméabilité de l'utérus.

En résumé, le traitement nécessaire pour réparer l'atrésie causée par l'introduction du crayon de chlorure de zinc a été infiniment plus long et plus pénible que n'aurait été le curettage ; la malade a beaucoup plus souffert ; elle a été aménorrhéique pendant cinq mois et elle restera probablement stérile désormais.

Ce fait se passe de commentaires.

Comme nous le disions plus haut, il serait facile de recueillir des observations nombreuses, aussi démonstratives que les trois observations qui précèdent. Les cautérisations de la cavité utérine à l'aide du crayon de chlorure de zinc laissé à demeure représentent donc un très mauvais procédé de traitement des endométrites, car elles sont insuffisantes ou dangereuses. Espérons donc que nous n'aurons plus besoin de revenir sur cette question qui est jugée désormais, tous les gynécologistes compétents étant d'accord pour condamner ce mode de traitement, qui, comme le dit en concluant M. le Dr Walton, est « la négation de toute gynécologie saine et raisonnée. »

JULES BATUAUD.

LE DRAINAGE DE LA CAVITÉ UTÉRINE

Par les voies naturelles,

Par le Dr JULES CHÉRON, Médecin de Saint-Lazare.

(*Suite*)

—

B. *Dysménorrhée.* — L'état difficile, lent, douloureux, et souvent irrégulier de la menstruation qu'on désigne sous le nom de dysménorrhée est en rapport avec des troubles de fonctionnement et des lésions si variées de l'appareil utéro-ovarien,

et, par suite, le traitement à instituer contre ce symptôme doit être si différent, suivant les cas que l'on observe, qu'il serait irrationnel de vouloir, incidemment et à propos du drainage, étudier la question dans son ensemble. Nous serons donc forcés de laisser systématiquement de côté un certain nombre de variétés de dysménorrhée pour ne parler que de celles où l'indication du drainage peut se poser, étant donné ce que nous savons de son action physiologique et de son action thérapeutique.

On voit parfois la dysménorrhée coïncider avec un *développement imparfait de l'appareil génital interne* ; les ovaires n'ont pas acquis tout à fait leur développement normal et les ovules qui s'en détachent seraient eux-mêmes des ovules infantiles, d'après Lawson Tait (1); concurremment on trouve tantôt un utérus normal, tantôt un utérus qui a gardé l'antéflexion ou l'antécourbure exagérée de la période infantile. Dans ces conditions, on peut espérer qu'une irritation mécanique prolongée de l'utérus pourra activer la circulation des vaisseaux de l'appareil utéro-ovarien, augmenter la nutrition des ovaires et les amener à un développement parfait. Nous nous trouvons ici, même avec des conditions plus favorables, dans une situation analogue à celle de l'aménorrhée par absence de maturation utéro-ovarienne. Et en réalité, l'emploi des pessaires intra-utérins a été suivi de succès dans un certain nombre de cas de ce genre, aussi je ne doute pas que le drainage, moins dangereux et d'une action plus puissante sur l'innervation et la circulation pelviennes, ne permette d'obtenir de bons résultats en pareille circonstance.

La dysménorrhée se présente d'autres fois chez des malades qui ont un appareil génital bien développé et chez lesquelles on ne peut trouver, dans la période intercalaire, ni trace d'inflammation, ni tumeur, ni déviation, ni vice de conformation du canal cervico-utérin.

Il ne s'agit pas non plus de personnes nerveuses et il n'y a

(1) *Traité des maladies des ovaires trad.* Paris 1886, p. 58.

pas lieu de songer à la variété dite spasmodique. On a supposé que, dans ce cas, la congestion menstruelle ou bien était assez violente pour créer momentanément toutes les conditions de la congestion utérine aiguë ou bien se faisait d'une façon imparfaite, en raison de l'inertie de la matrice. C'est la *dysménorrhée congestive* des auteurs.

Si l'on croit avoir affaire à une de ces dysménorrhées par asthénie par défaut de contractibilité des plans musculaires du méso-arium et du méso-métrium, un moyen qui augmente la tonicité de l'utérus aussi puissamment que le fait le drainage trouve ici une nouvelle indication. Pour moi, je ne serais pas loin de penser que la tuméfaction de la muqueuse du canal cervical au moment de la menstruation, est suffisante pour créer une étroitesse relative du canal, ce qui rapprocherait la dysménorrhée congestive de la dysménorrhée mécanique.

On voit souvent au début de l'endométrite du col, alors qu'il n'y a pas encore production de valvules, non plus que boursouflement très marqué de la muqueuse, la dysménorrhée apparaître avec une intensité telle que les malades sont obligées de garder le lit et perdent le sommeil. Le sang sort en caillots qui sont expulsés au prix des plus vives douleurs, alors que, huit jours auparavant, un hystéromètre passait sans difficulté. L'explication que je donnais tout à l'heure me semble très acceptable. On comprendrait alors l'utilité du drainage, dans la dysménorrhée congestive, d'une autre façon que par le réveil de la contractilité musculaire ; il agirait en maintenant une dilatation permanente de l'isthme et du canal cervical. Ces deux modes d'action peuvent du reste concourir au soulagement des malades.

Avec les *dysménorrhées mécaniques* nous entrons dans un ordre de faits plus faciles à interpréter. Ce sont du reste les plus fréquents : « Plus j'avance dans la carrière, dit Courty (1), plus je suis frappé de la prédominance de la dysménorrhée

(1) COURTY. *Traité pratique des maladies de l'utérus*, 3e édition, Paris 1881, p. 495.

mécanique sur les autres espèces de dysménorrhées. A l'exception des rares dysménorrhées sympathiques, dites ovariennes, tubaires, etc., et des dysménorrhées membraneuses, bien caractérisées par l'exfoliation et relativement peu nombreuses, on peut faire rentrer la plupart des autres, notamment celles que nous venons de décrire sous le nom de dysménorrhées congestives, inflammatoires, etc., dans la dysménorrhée mécanique, c'est-à-dire que, tout en paraissant avoir une existence indépendante, elles en sont ordinairement les conséquences. » La sténose de l'orifice externe du col, les valvules du canal cervical, sont en effet les causes les plus fréquentes et les plus indiscutables de la dysménorrhée. Ensuite viennent les flexions, les torsions de l'utérus et les tumeurs de cet organe, mais, dans ce dernier cas, la difficulté de l'écoulement menstruel est un phénomène d'une importance secondaire.

Or, nous verrons précisément que le drainage est tout particulièrement utile dans les sténoses, les torsions et les flexions utérines, mais il y a intérêt à reporter la discussion, sur ce sujet, à propos de ces affections, que je devrai étudier isolément, à cause de leur importance.

Avant de quitter ce sujet, je dois répondre à une objection qui se présente naturellement à l'esprit. Alors que la moindre exploration de la cavité utérine est contre-indiquée pendant les règles, le séjour, à cette époque, d'un corps étranger, dans l'utérus ne présente-t-il pas des dangers considérables ? Ne va-t-il pas précisément créer cet état de congestion aiguë qui produit parfois la dysménorrhée ?

Il serait évidemment imprudent de choisir le moment où la menstruation doit survenir pour placer un drain dans la matrice, mais, si l'on attend huit jours après la fin de l'écoulement menstruel, ainsi que je l'ai recommandé dans une autre partie de ce mémoire, la période d'irritation vive du drainage sera passée depuis plusieurs semaines lorsque surviendront les règles. A ce moment, l'utérus déjà tonifié et bien décongestionné, habitué déjà au contact du drain, supportera, sans peine, un drain flexible et peu irritant comme le

drain en anse, la fluxion menstruelle se fera franchement et l'expulsion du sang aura lieu sans difficulté, puisque le canal cervico-utérin sera dilaté dans toute sa longueur. Alors même que j'employais le drain en érigne, beaucoup plus irritant et que maintenant je réserve précisément à cause de cette action irritative, pour les cas d'aménorrhée, loin d'augmenter les douleurs dysménorrhéiques, le drain produisait une sédation remarquable de ces douleurs, et la menstruation s'effectuait sans aggravation des lésions inflammatoires antérieures. M. Reilhac a été témoin de ce fait qui l'étonnait beaucoup, et l'observation VIII de sa thèse en est la preuve. Avec le drain en anse, la sécurité est encore plus grande. J'ajoute que, par mesure de précaution, il est bon de faire garder le lit aux malades pendant la première époque qui suit l'application du drain. Pour les époques menstruelles suivantes, cette mesure de prudence est bonne, mais on peut négliger de la prendre sans danger. Je n'ai pour ma part jamais observé d'accidents en pareil cas, mais rien ne serait plus simple que de se mettre à l'abri de tout reproche, si le drain était mal supporté. Il suffirait d'attacher un fil au plateau du drain et de recommander, à la malade, de retirer elle-même le drain, si les douleurs prenaient une certaine acuité. On laisserait alors l'utérus se reposer pendant une huitaine de jours, on replacerait le drain et très certainement le même inconvénient ne se reproduirait pas une seconde fois. Quelques calmants : cataplasmes laudanisés sur le ventre, lavement de chloral ou administration à l'intérieur d'une trentaine de gouttes de teinture de viburnum prunifolium, suffiraient à calmer les contractions exagérées de l'utérus. Mais, je le répète, je n'ai jamais eu à intervenir dans ces conditions.

Pour me résumer, dans la dysménorrhée, le drainage peut être indiqué : 1° pour parfaire le développement de l'utérus et des ovaires « dysménorrhées ovariennes » ; 2° pour augmenter la tonicité des fibres musculaires du méso-arium et du méso-métrium « dysménorrhée par asthénie de Courty » ; 3° pour maintenir une dilatation permanente de l'isthme et

du canal cervical « dysménorrhée mécanique ». Dans toutes ces variétés de dysménorrhée, c'est au drain en anse que je donne la préférence, mais il faut que l'utérus soit déjà habitué à son contact quand surviendront les règles, si l'on veut que le drainage ne présente aucun danger. Le repos au lit est nécessaire pendant les premières époques qui suivent l'introduction du drain. Au besoin, celui-ci sera muni d'un fil qui permettra à la malade de le retirer elle-même s'il est mal supporté ; quelques calmants suffiront à calmer l'irritation causée par sa présence.

N.-B. La dysménorrhée membraneuse peut être heureusement modifiée par le drainage ; nous y insisterons plus à propos lorsque nous étudierons les endométrites dont la dysménorrhée n'est qu'une variété.

Observation IX (1).

Dysménorrhée en rapport avec une sub-involution utérine et une valvule du canal cervical. Drainage. Guérison.

Le 1er octobre 1884, la nommée Marguerite M.. 22 ans, brodeuse, entre dans mon service, salle Saint-Joseph, lit n° 12.

Sa carte d'entrée porte : ulcération du col.

Il y a huit mois, elle a fait une fausse couche de trois mois ; depuis lors, les règles dont elle n'avait jamais souffert, sont devenues fort douloureuses avant leur apparition et pendant les trois premiers jours.

A l'examen : utérus volumineux et sensible à la pression ; coliques, ectropion de la lèvre postérieure. Le cathétérisme est difficile. A une distance d'un centimètre, la sonde est arrêtée par un repli situé sur la face antérieure et qui ne peut être constitué que par la muqueuse hypertrophiée et tendant à faire hernie sur la lèvre antérieure comme sur la lèvre postérieure. En portant la concavité de la sonde en dehors on parvient à pénétrer. La cavité a une longueur de 75 millimètres. La température est de 38°6.

Le 18 octobre, cinq jours après les règles, introduction d'un

(1) Cette observation a été publiée dans la thèse du Dr Reilhac.

drain « en érigne » composé de dix brins, vu l'étroitesse du canal cervical, et pansement glycériné laudanisé par dessus.

Coliques utérines jusqu'au 27.

Le 21. Apparition d'un écoulement séro-sanguinolent, puis muco-purulent.

La malade se lève, se promène sans malaise jusqu'au 10 novembre. Ce jour-là, brusquement apparaissent les règles. Le repos au lit est ordonné et l'époque se passe sans souffrances, à la grande joie de la malade.

Pendant la seconde partie du mois de novembre, l'écoulement muco-purulent continue, et la malade promène son drain sans soupçonner sa présence.

Le 7 décembre. Nouvelle apparition non douloureuse des règles.

Un mois se passe dans les mêmes conditions.

Dans les derniers jours de décembre, l'écoulement commence à diminuer. Le volume et la coloration du col sont moindres.

Le 6 janvier. Les règles surviennent pour la troisième fois depuis le drainage.

Le 16 janvier. L'écoulement menstruel a cessé. Le drain est sorti de 15 millimètres et est enlevé.

Le cathétérisme est maintenant beaucoup plus facile. La valvule est à peine perceptible. L'ectropion n'est pas réduit, il est toutefois moins volumineux.

La longueur de l'utérus est de 7 centimètres.

La température utérine est de 37°8.

La malade est guérie le 26 janvier 1885.

Observations X, XI, XII, XIII, XIV.

Dysménorrhées en rapport avec des valvules du canal cervical. Drainage. Disparition des valvules et de la dysménorrhée. Amélioration de l'endométrite cervicale.

Dans les cinq observations que je réunis sous ce titre, la dysménorrhée datait de un an ; elle existait chez des malades atteintes d'endométrite cervicale plus ou moins ancienne, et, en l'absence d'autre cause de difficulté à l'écoulement menstruel, elle semblait devoir être rapportée à des valvules du canal cervical « valvule antérieure dans trois cas et valvule posté-

rieure dans deux cas ». J'ai démontré ailleurs l'importance de ces valvules (1), qui sont le prélude des ectropions du col. Le drainage appliqué à ces cas a réussi, dans un temps variable de 6 semaines à deux mois à faire disparaître complètement les valvules, et dès, le premier mois, les règles ont cessé d'être douloureuses. L'endométrite cervicale était par suite arrêtée dans son évolution et la guérison complète put être facilement obtenue après le drainage, par des moyens relativemnnt simples comme les attouchements avec une solution concentrée de résorcine, et, dans les cas les plus rebelles, (deux sur cinq), par l'application du caustique solidifié de Filhoz, sur les lèvres du col.

Au point de vue du traitement de la dysménorrhée par le drainage, le seul qui nous occupe maintenant, les observations sont identiques à l'observation IX et par conséquent, il est au moins inutile de les reproduire en détail.

Observation XV (résumée)

Dysménorrhée en rapport avec une sténose de l'orifice externe. Drainage. Guérison.

Il s'agit d'un cas de sténose congénitale de l'orifice externe avec col conique chez une multipare. Les règles ont toujours été douloureuses ; elles sont régulières et durent cinq jours chaque mois. Le col est violacé ; écoulement leucorrhéïque peu abondant.

Application d'un drain en anse dix jours après la menstruation survenue depuis l'entrée dans le service. Pas d'écoulement sanguinolent, mais écoulement muco-purulent peu marqué. Dix-neuf jours plus tard, la malade est surprise de voir ses règles survenir sans douleur.

Lorsque l'époque est passée, on trouve le col décongestionné et rosé comme à l'état normal ; le drain sort de deux centimètres, l'écoulement leucorrhéique est très faible. En conséquence, je retire le drain, un mois environ après son introduction. Les règles

(1) Jules Chéron. De l'évolution morbide de la muqueuse du canal cervical *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*, 1887 et 1888.

suivantes furent normales et la malade sortit du service, les syphilides secondaires, pour lesquelles elle avait été envoyée, à Saint-Lazare, étant disparues.

Observation XVI.

Dysménorrhée en rapport avec une sténose de l'orifice externe. Drainage. Guérison.

Cette observation est identique à la précédente : nullipare ; sténose congénitale avec col conique, disparition des accidents dysménorrhéiques dès la première application du drainage.

Observation XVII (résume).

Dysménorrhée congestive. Drainage. Guérison.

Gabrielle S..., 18 ans, réglée à 13 ans, toujours régulièrement et sans douleur, quatre jours chaque mois, nullipare, déflorée depuis un an, souffre au moment de ses époques, depuis quatre mois seulement.

Elle rapporte l'origine de ses souffrances à une imprudence pendant la menstruation ; elle aurait eu, à ce moment, des rapports sexuels et aurait supprimé l'écoulement par une injection d'eau froide.

A l'examen, on ne trouve que de la congestion du col, pas de déviation utérine, pas d'endométrite accentuée. Drain en anse, huit jours après les règles qui ont été très pénibles et qui ont présenté cette particularité que le sang était expulsé sous forme de caillots, au prix de violentes douleurs de reins. Ecoulement muco-purulent peu abondant pendant trois semaines ; le col se décolore peu à peu.

Les règles suivantes ne sont pas douloureuses, le sang sort liquide et l'écoulement dure cinq jours.

Le drain est expulsé quinze jours après, avec quelques coliques utérines. La seconde menstruation survient sans douleurs ; une semaine plus tard, on trouve l'utérus absolument normal et la malade peut quitter le service, complètement guérie.

Elle est revenue, six mois plus tard, pour une uréthrite blennor-

rhagique et elle m'a affirmé que, depuis le drainage, elle n'avait plus souffert au moment de ses époques.

Observations XVIII, XIX, XX.

Dysménorrhées congestives. Drainage. Guérison.

Les trois derniers cas de dysménorrhée traités par le drainage sont également des cas de dysménorrhée congestive : dans le premier, la congestion était due à une névralgie lombo-abdominale et s'accompagnait d'ecchymoses du museau de tanche ; le second tenait à une sub-involution de l'utérus à la suite d'accouchements pénibles, ici les irrigations vaginales chaudes furent associées au drainage ; enfin, dans le troisième cas, la dysménorrhée était survenue dans des conditions identiques à celles de l'observation XVII.

Chez ces trois malades l'action du drainage fut immédiate et, dès la première application du drain en anse, la dysménorrhée disparut.

(*A suivre.*)

MENSTRUATION ET ABLATION DES DEUX OVAIRES

Par le Docteur George J. Engelmann,

Traduit de l'anglais par le docteur R. Fauquez, médecin-adjoint de Saint-Lazare.

(*Suite*).

—

Cas III. Mme H., âgée de trente et un ans, mariée depuis 11 ans, stérile, souffrant d'une prostration physique et morale. M. m'a consulté pour la première fois en février 1888. Elle avait passé l'année précédente presque continuellement à la chambre, souffrant de vives douleurs au plus léger mouvement, si bien qu'elle ne pouvait marcher que peu de temps à la fois. La malade souffrait violemment depuis les huit dernières années, mais se plaignait de douleurs pelviennes même avant son mariage.

La menstruation parut à l'âge de 17 ans, durant habituellement quatre ou cinq jours, toujours très régulière, sans douleurs mais dans les dernières années elle était revenue toutes les trois semaines et était abondante pendant cinq jours, toujours sans douleurs, à moins qu'elle fût en retard.

Une semaine après la fin de la menstruation, un écoulement aqueux sanguinolent qui se produisait également après le plus léger exercice physique, se montrait et durait quatre ou cinq jours.

L'examen permit de constater que l'utérus était légèrement retroversé et fléchi, mais augmenté de volume, situé bas dans le bassin avec une endométrite polypeuse ; l'ovaire droit était augmenté de volume et déplacé en arrière ; on trouvait une grosse masse kystique très distincte à gauche et un peu en arrière du col, avec une petite masse indurée, qui semblait un produit inflammatoire, située dans le ligament large. On reconnaissait que cette masse était formée par l'ovaire, tandis que le kyste situé à côté du col était la trompe dilatée. Ainsi s'expliquait la douleur causée par le moindre choc, le moindre pas, ainsi que la souffrance pendant les rapports, qui était insupportable, depuis huit ans, mais qui existait, même lorsqu'elle s'était mariée, onze ans avant.

Un traitement de six mois par le repos, les toniques et les douches chaudes avait amélioré la santé de la malade, mais n'avait modifié en aucune façon la situation existante.

Dès qu'elle faisait le moindre effort toutes les douleurs précédentes reparaissaient. L'ablation des annexes malades fut décidée et exécutée en avril 1889, cette brave femme étant venue seule à la ville, déterminée à chercher un soulagement à ses maux.

L'ovaire droit fut trouvé augmenté de volume, déplacé en arrière ; la trompe droite était épaissie et dilatée.

La trompe gauche très distendue fut trouvée abaissée dans le bassin, à côté du col, tandis que l'ovaire petit, contracté, induré, étroitement adhérent, comme un produit inflammatoire, au ligament large, ressemblait précisément à un petit exsudat. La seule difficulté que j'éprouvai pendant l'opération, fut l'ablation

de cet ovaire que je ne pus disséquer, mais que je fus obligé de détacher du ligament large avec mes ongles, laissant ainsi des petits fragments du tissu ovarien adhérents à son enveloppe péritonéale. La guérison fut normale, et l'opérée retourna chez elle avec l'espoir d'être délivrée non seulement de ses douleurs, mais encore de cet ennuyeux retour du flux menstruel.

Le 15 octobre, sept mois après l'opération, je reçus les nouvelles suivantes : Mme H. est en parfaite santé, elle a gagné vingt livres environ ; elle a un excellent aspect ; elle se sent mieux qu'elle n'a jamais été depuis qu'elle était jeune fille ; elle marche mieux que jamais ; la menstruation est régulière, mais abondante (ce qui est évidemment dû à l'état hyperplasique de sa muqueuse intra-utérine dont on ne s'était occupé en aucune façon) ; elle dure environ une semaine, les rapports sexuels ne sont plus pénibles et elle n'éprouve plus aucune douleur pendant le coït, ce qui n'a jamais été le cas pendant les onze années de sa vie de femme mariée. Elle se plaint seulement de ce que sa leucorrhée n'a pas été modifiée. Elle se trouve très bien et très forte et est seulement ennuyée par son écoulement vaginal et par une légère faiblesse pendant la période menstruelle et quelques jours après l'écoulement sanguin abondant qui en résulte.

L'examen des annexes montre l'ablation complète de l'ovaire droit augmenté de volume et de la trompe droite, l'ablation de la poche de la trompe à gauche et de l'ovaire contracté du même côté, à l'exception de sa surface séreuse et des parties du stroma ovarien sur la portion adjacente et adhérente au ligament large.

L'examen microscopique et l'observation consciencieuse nous ayant éclairé, dans ces cas, sur le véritable état des choses, nous pouvons maintenant expliquer sans peine les différents symptômes de chacun de ces cas et les nombreux cas mystérieux de menstruation après l'ovariotomie double et l'oophorectomie et ces cas ennuyeux où des résultats imparfaits succèdent à des ablations supposées complètes d'ovaires malades.

On sait très bien depuis longtemps qu'il n'est pas toujours possible, même avec la plus grande habileté, d'enlever la masse

entière du tissu ovarien quand il a été, pendant le processus pathologique, fixé et rendu adhérent aux organes environnants. Il est évident alors que dans le plus petit débris de stroma ovarien, quelques follicules peuvent déterminer la persistance de la fonction menstruelle.

D'un autre côté, il ne s'en suit pas que le débris de tissu ovarien qui a été laissé dans la cavité pelvienne doive développer l'activité fonctionnelle de l'ovaire, et cela est naturel. Dans certains cas, où il existe une circulation active, dans un tissu sain, le pédicule reste large et plein, formant une surface lisse et ronde ; dans les autres, il se fait une métamorphose rétrograde avec rétrécissement et même nécrose de la portion supérieure. Dans les cas où du tissu ovarien a été laissé dans le pédicule, nous aurons, en premier lieu, la persistance de la menstruation et de l'activité fonctionnelle de ce tissu ; en second lieu, quand la métamorphose rétrograde ou la nécrose s'est produite, nous aurons la conséquence naturelle qu'on attend de l'ablation des deux ovaires, la disparition, après l'opération, des fonctions et des symptômes dévolus à ces organes. Tels sont probablement les cas rapportés par Schrœder dans le mémoire où il cite ces ovariotomies dans lesquelles il a, avec intention laissé une portion de l'ovaire.

Cinq de ceux-ci guérirent sans que la grossesse survînt chez aucun d'eux ; soit qu'il ne se soit pas écoulé assez de temps depuis l'opération, soit que la nutrition du tissu laissé dans le pédicule ait été insuffisante pour préserver sa vie et son activité fonctionnelle, à moins qu'il n'ait été enkysté ou absorbé.

J'ajouterai ici un quatrième cas portant directement sur ce sujet, le résultat d'une récente observation, qui peut sérieusement déterminer l'importance de l'oophorectomie dans les cas de souffrances nerveuses.

Cas IV. — *La douleur causée par une maladie de l'utérus ou des ovaires n'est pas nécessairement soulagée par l'ablation de l'organe malade.*

Cette proposition a été démontrée d'une façon remarquable,

par une malade dont l'utérus et les ovaires avaient été enlevés à cause d'un sarcome. La santé générale s'améliora profondément, mais les symptômes nerveux, les douleurs de tête, dépendant du trouble utérin et ovarien ne disparurent que pendant peu de temps après l'opération ; ils revinrent, s'accrurent et s'augmentèrent de ces douleurs dans les malléoles et dans les talons si fréquentes chez les femmes et qui deviennent assez fortes pour empêcher les malades de marcher. Adressée à un neurologiste, elle fut traitée pour un trouble périphérique par l'électricité appliquée à la tête et aux pieds. Elle obtint un soulagement temporaire, mais les douleurs étaient revenues quand elle se confia à mes soins. Je la traitai pour une hystéro-névrose par le galvanisme vagino-abdominal, l'électrode en boule recouverte de coton, représentant le pôle négatif, placée dans le vagin et la plaque abdominale reliée au pôle positif, sur l'abdomen, au niveau du fond de l'utérus; elle éprouva un soulagement immédiat. La douleur disparut complètement après la troisième application de trente milliampères pendant cinq minutes.

Le centre de la douleur était évidemment à l'extrémité des mêmes nerfs qui avaient été précédemment enlevés ; c'était un phénomène semblable à la sensation de douleur dans les orteils après l'amputation de la jambe.

A quelle influence doit-on attribuer les hémorrhagies qui surviennent après l'ablation des ovaires ? Sont-elles physiologiques ou pathologiques ? Sont-elles une persistance du flux menstruel ou des hémorrhagies intermittentes ? Nos meilleurs opérateurs et nos gynécologues les plus portés vers le progrès sont toujours en guerre à ce sujet; si âpre est la lutte que M. *Lawson Tait*, dans le discours présidentiel prononcé devant la Société britannique de gynécologie, le 12 janvier 1887 y fait allusion en ces termes : « Il est très amusant d'entendre *sir Spencer Wells* et *M. Knowsley Thornton* soutenir que pour obtenir l'arrêt de la menstruation par l'opération il est nécessaire d'enlever chaque parcelle du tissu ovarien. »

Ce sujet a été traité de la façon la plus complète dans la dis-

cussion du mémoire du Dr *Hoffman* devant la Société obstétricale de Philadelphie dans sa séance de septembre 1889 et la fréquence de ces hémorrhagies a été reconnue par tous les membres qui ont pris part à la discussion, étant rapportée par les uns à l'*habitude* et considérée par les autres comme une *soupape de sûreté*. Dans un de ces cas dans lesquels l'écoulement mensuel se montra après l'ablation de deux ovaires par le Dr *Hoffman*, le Dr *Baldy* quelques mois plus tard curetta l'utérus et trouva une affection maligne. Le Dr *Hoffman* a également arrêté cette apparente menstruation, cette réapparition mensuelle de l'écoulement, par la curette et un autre traitement approprié, démontrant ainsi que ce n'était pas la menstruation, mais un écoulement causé par l'hyperplasie ou par l'hypertrophie de la muqueuse utérine.

Je mentionne ces discussions parce que, quelles que soient les raisons assignées à l'écoulement sanguin, une analyse de ces cas rapportés ici confirme l'opinion émise que cet écoulement n'est pas, à proprement parler, un flux menstruel, bien qu'il se produise à des intervalles plus ou moins réguliers. L'écoulement sanguin se produit, *pourvu que les conditions favorables à l'hémorrhagie existent dans le tissu utérin*, et apparaît lorsque l'impulsion est donnée par les débris des nerfs ou des ganglions ovariens ; cette impulsion produit une excitation qui provoque un retour partiel à l'activité de ce grand flux et reflux fonctionnel qui caractérise la vie sexuelle de la femme, de la puberté à la ménopause.

Dans certains cas jusqu'ici rapportés sans détails, une observation et un examen approfondis auraient, sans aucun doute, révélé une cause distincte et démontré qu'il s'agissait ou de la menstruation et, dans ce cas, des débris ovariens auraient été conservés, ou d'un écoulement dû à un état pathologique de la muqueuse utérine. Dans cette période avancée de la science médicale où nous sommes, nous ne pouvons nous laisser arrêter plus longtemps par ces vagues explications d'*habitude* ou de *soupape de sûreté*, lorsque le manque de facilités d'investigations ne nous permet pas de déterminer la cause précise.

Des recherches sérieuses sur ce sujet ont été faites récemment par *Glawecke* (« Modifications physiques et mentales après l'ablation des deux ovaires et après l'extirpation de l'utérus » *Arch. f. Gyn.*, XXV, 1) ; elles sont basées sur un grand nombre de cas d'après les observations d'opérateurs éminents. Il trouve : que, dans quatre-vingt pour cent des cas dans lesquels les deux ovaires ont été enlevés, la menstruation a cessé tout à coup ou peu de temps après l'opération ; que, dans douze pour cent des cas, survenant à de rares intervalles et en petite quantité, l'écoulement a continué quelque temps. Dans quelques cas rares, s'est montré, se substituant à la menstruation, un phénomène qu'il appelle *atopoménorrhée*. Dans la moitié des cas, le molimen se reproduisit ; c'était peut-être le résultat d'un reste de congestion ou d'une irritation des centres nerveux. On pouvait constater presque invariablement les phénomènes de la ménopause, rougeurs, sueurs, etc. L'atrophie de l'utérus et du vagin se produisait généralement, la nutrition s'améliorait, la malade se fortifiait ; enfin la ménopause succédait à l'opération, tout à fait conforme à ce qui se passe naturellement. Donc, toutes les données concourent à vérifier le fait que l'impulsion de la menstruation procède de l'ovaire et que, par conséquent, elle cesse quand la force déterminante est supprimée.

La différence apparente des résultats, les explications très diverses données pour des résultats en apparence semblables, sans doute mal compris ou mal interprétés, et le manque des constatations *post mortem*, ont été cause de ces divergences d'opinion. Dans certains cas, dans lesquels les ovaires, ainsi que le croit fermement l'opérateur, n'ont pas été complètement enlevés, la menstruation cesse parce que la portion de l'organe qui restait adhérente à l'extrémité du pédicule a été atrophiée ou nécrosée et par conséquent détruite.

C'est pourquoi malgré l'opinion qu'a l'opérateur qu'une portion de l'organe est restée, il lui est impossible d'expliquer les symptômes, la cessation du flux menstruel. D'autre part, l'opérateur, comme dans mon cas, est convaincu que les ovaires ont été complètement enlevés, il peut même avoir les pièces pour vé-

rifier son opinion et cependant la menstruation persiste. Il conclut naturellement que la menstruation n'a aucun rapport avec l'ovulation ; mais s'il soumet la pièce à l'examen d'un micrographe compétent, il trouvera que la capsule n'est pas intacte et que un fragment ou un débris de tissu ovarien a été laissé *in situ*.

Même s'il l'a été en dehors de la ligature, comme dans mon cas, l'activité fonctionnelle peut se développer et la menstruation persister.

La conception peut même avoir lieu si la trompe a été respectée. Aucune portion du pédicule n'a souffert mais, même, dans l'extrémité qui est au-delà de la ligature sa vitalité est préservée et la prolifération peut encore avoir lieu. Ainsi, chez cette malade, dont le chirurgien croyait fermement avoir complètement enlevé les ovaires, les fonctions ont continué et l'opérateur a édifié une théorie d'accord avec ce qu'il prend pour un fait. Je peux ajouter que j'ai la conviction que dans certains cas non douteux d'ablation complète de l'ovaire, une menstruation partielle peut persister pendant un certain temps, en raison de l'influence exercée sur les plexus utérins par les restes des nerfs ovariens, qui, dans des circonstances spéciales, peuvent encore accomplir automatiquement leurs fonctions, précisément comme ils le font quand ils sont encore influencés par les ovaires avant leur ablation, pourvu que le tissu utérin soit dans une situation favorable à l'hémorrhagie.

Pourquoi ne réséquons-nous pas les nerfs ovariens ; le moignon avec ses fibres terminales enlevées continue encore à communiquer l'impulsion habituelle, précisément comme nous avons vu, dans le cas mentionné, les premières douleurs persister avec évidence dans différentes parties après l'ablation de l'utérus et des fibres terminales irritées ; ou comme le soldat dont on a amputé la jambe au niveau de la hanche et qui ressent des douleurs dans le pied qui n'existe plus, par suite de l'activité des fibres contenues dans le moignon du nerf sciatique.

Je crois que le cas que j'ai rapporté ici avec celui de *Schatz*

apporte une solution au problème que nous devons résoudre par le microscope, par le scalpel, mais jamais par la plume.

Conclusions.

Si l'on considère la question de la cause de la persistance de la menstruation après l'ablation des deux ovaires, il faut avoir présentes à l'esprit les plus importantes des raisons qu'on en donne.

1° L'habitude.

2° La présence d'un troisième ovaire.

3° Les débris de tissu ovarien laissés *in situ.*

Certains auteurs ont attribué la cause de la persistance de la menstruation à l'habitude. Je ne peux accepter cette explication et je ne peux l'admettre même lorsqu'il s'agit d'un écoulement se répétant à intervalles réguliers et persistant avec les caractères non douteux de la menstruation.

L'activité morbide ou l'irritation des centres spinaux ou ganglionnaires, ou des extrémités terminales des nerfs sectionnés peut servir d'explication au retour de l'hémorrhagie pendant un temps, mais *l'habitude* est un terme qu'il faut exclure de toute discussion scientifique sur cette question.

Nous savons que les hémorrhagies utérines se produisent fréquemment aussitôt après les opérations sur les organes pelviens surtout après la laparotomie. Ces hémorrhagies sont dues à la congestion résultant de troubles de la circulation et, si les vaisseaux spermatiques et autres suppléants sont sectionnés, à l'augmentation de la tension sanguine dans les artères qui restent intactes, spécialement dans l'artère utérine.

Nous savons aussi qu'un écoulement simulant la menstruation se produit dans des conditions diverses, sans activité ovarienne, sous l'influence de la congestion ou de la subinvolution qui succède à l'accouchement, à un âge avancé, si les tissus sont relâchés ou si la muqueuse utérine est dans des conditions favorables à l'hémorrhagie avec une endométrite polypeuse ou hémorrhagique. Dans les cas où les annexes sont enlevés, où

l'ovariotomie exécutée, il existe un utérus malade congestionné ou augmenté de volume et, par suite de la ligature de nombreux vaisseaux, l'onde sanguine qui parcourt l'artère utérine est accrue. Dans de tels cas, dans un organe déjà congestionné, l'influence habituelle du flux et reflux menstruel, de l'onde utérine, en rapport avec l'irritation qui provient des troncs nerveux ou des centres spinaux et ganglionnaires peut suffire pour produire une augmentation de tension et un écoulement de sang intermittents, surtout au moment où la menstruation devrait apparaître, mais cet écoulement ne persiste jamais longtemps.

C'est dans cette catégorie de cas, avec un état de l'utérus favorable à l'hémorrhagie, que le flux et le reflux de l'écoulement utérin ou, pour parler plus correctement, l'influence exercée par les troncs nerveux et par les ganglions disparaissant, l'état vaguement et improprement appelé *habitude* conduira à un semblant de menstruation, mais jamais à un écoulement périodique normal et durable.

Il est maintenant bien connu qu'il n'existe pas de troisième ovaire qui n'a été qu'un mythe jusqu'en 1863; *Winckel* dépeint un de ces cas et un autre d'ovaire accessoire, *Olshausen*, *Klebs* et d'autres ont observé et publié des cas isolés, mais malgré les nombreuses laparotomies des dernières années par des observateurs compétents, aucun n'a trouvé de troisième ovaire, excepté *Olshausen* dans une ablation d'un cystôme ovarien.

La persistance de la menstruation après l'ablation des deux ovaires a été fréquemment rapportée et la présence du troisième ovaire est si rare que, *a priori*, nous pouvons conclure qu'on ne doit pas accepter ordinairement, comme explication de ce phénomène l'existence d'un ovaire additionnel.

Tandis que l'état actuel de nos connaissances anatomiques et physiologiques ne permet pas d'accepter l'une ou l'autre des explications précédentes, il est tout à fait d'accord avec les faits observés dans les cas mentionnés qui prouvent surabondamment que la persistance de la menstruation, menstruation non douteuse, régulière et persistante, est due à la présence du tissu

ovarien, quelle que petite qu'en soit la quantité et quel que soit le lieu où il ait été laissé.

De l'observation et de l'examen microscopique de mes propres cas et de ceux du professeur *Schatz*, nous pouvons déduire avec certitude les *conclusions physiologiques* suivantes, qui sont corroborées par les nombreux cas d'oophorectomie et d'ovariotomie double observés jusqu'à présent et dont les observations ont été rapportées suffisamment longtemps après la guérison de l'opération :

1° Que la persistance de la *menstruation* après l'ablation des deux ovaires est due aux débris du stroma ovarien laissés *in situ*.

2° Que les portions de tissu ovarien, quoique petites, qui restent après l'ablation de la plus grande partie de l'organe que la trompe de Fallope ait été respectée ou non, peuvent conserver l'activité et continuer les fonctions de l'organe entier. Et de là nous concluons que la menstruation est plus ou moins intimement liée à l'ovulation et que l'état de la menstruation indique l'état de l'ovaire pourvu que le tissu de l'utérus ait son caractère normal.

3° Queles restes du stroma ovarien ne préservent pas *nécessairement* leur activité fonctionnelle.

4° Que le pédicule même allongé peut contenir du stroma ovarien dans lequel l'activité fonctionnelle de l'organe soit conservée.

5° Que l'ovaire est un facteur essentiel dans la vie fonctionnelle de la femme et que la menstruation est inséparable d'un ovaire sain.

Les déductions suivantes sont d'une valeur pratique pour l'opérateur.

1° Si l'on veut supprimer la menstruation et provoquer la ménopause, il est nécessaire pour atteindre avec certitude le résultat désiré que chaque portion du stroma ovarien soit enlevée.

2° Pour obtenir avec la plus grande certitude possible, la diminution des fibrômes, la cessation des hémorrhagies et des symp-

tômes désagréables, il est urgent d'enlever complètement les deux ovaires.

3° Dans l'exécution de l'ovariotomie double (non l'oophorectotomie chez les femmes qui n'ont pas dépassé la ménopause et qui ne souffrent pas de réflexes utérins, le tissu ovarien sain qui peut exister doit être respecté afin de ne pas altérer l'activité fonctionnelle.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 16 *septembre* 1890.

HYDROCÈLE DU CANAL DE NUCK.

M. Tillaux. — M. Richelot nous a envoyé l'observation d'une jeune fille présentant dans la région inguinale une tumeur indolente, réductible, qui fut considérée comme une hernie et opérée. Au cours de l'opération, on constata un cordon fibreux, attaché à la face profonde des grandes lèvres, et auquel faisait suite un canal séreux communiquant avec le péritoine par un orifice très étroit, incapable de livrer passage à l'intestin. Dès lors, on dut admettre que la partie réductible de la tumeur était le liquide d'une hydrocèle, et que le conduit lui-même n'était que la persistance, après la vie intra-utérine, du canal de Nuck.

Cette observation est intéressante par ce fait que, chez cette femme, la persistance du canal de Nuck ne saurait être contestée. Or l'on sait que la possibilité d'une pareille anomalie n'est pas admise par tous les auteurs, les quelques observations publiées jusqu'à ce jour n'étant pas concluantes. L'orifice de communication du péritoine et du sac ayant toujours eu une certaine ampleur, il était possible d'admettre le développement d'une hernie ; or cette hypothèse n'est pas possible avec un orifice admettant à peine l'introduction du stylet de trousse.

Bien que la difformité dont il s'agit ne compromette en rien

l'existence, M. Richelot estime que l'opération est cependant indiquée, lorsque sa présence est une gêne notable pour la malade (dans le cas particulier, elle avait été la cause de la rupture d'un mariage). Cette opinion est celle de M. Tillaux qui rappelle à ce propos qu'il a opéré chez un jeune homme une hernie congénitale non compliquée et facilement maintenue, uniquement parce que cette hernie empêchait le jeune homme de se présenter à l'école de Saint-Cyr.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 juillet

TRAITEMENT DES PYO-SALPINGO-OVARITES.

M. Terrillon. — Tout en ne voulant pas soulever un débat sur le traitement des salpingites suppurées, à propos d'une variété dont M. Bouilly nous a parlé dans la dernière séance (*voir Bulletin médical*, p. 623, 1890), je ne crois pas sans intérêt de vous rapporter brièvement quelle a été la ligne de conduite opératoire à l'égard de ces affections, depuis que j'ai commencé à les traiter. Dans les premières années, j'ai imité quelques-uns de nos prédécesseurs et, comme eux, j'ai ouvert toutes ces collections purulentes par la voie vaginale.

La plupart de ces opérations ont été suivies de succès ; toutefois j'ai eu, dans plusieurs circonstances, quelques complications, deux fois une hémorrhagie assez abondante et quatre ou cinq fois des fistules persistantes. A partir de 1887, j'ai abandonné ce mode de traitement en tant que méthode curative générale, et depuis cette époque, à laquelle remonte ma première laparotomie, que j'avais pratiquée pour un abcès volumineux de la trompe, j'ai ouvert un certain nombre de ces poches en en suturant les parois à l'abdomen et en les drainant, après les avoir vidées et nettoyées. Je ne réservais alors l'incision vaginale que pour les collections, qui venaient faire fortement saillie dans le vagin.

Malgré les résultats certainement meilleurs, que me donnait ce traitement par la laparotomie, j'ai eu plusieurs fois sous les yeux des cas, où il ne pouvait satisfaire complètement, par exemple lorsque la poche était profondément située et recouverte d'an-

ses intestinales, agglutinées par des fausses membranes ; il fallait alors se contenter de séparer ces anses, pour donner issue au liquide, sans songer à amener les parois de la poche au contact des lèvres cutanées.

Il y avait certes là, un desideratum, que l'on ne devait pas tarder à combler. Au lieu d'ouvrir simplement la poche, on en est bientôt venu à en faire l'ablation, et, depuis plus de deux ans, toutes les fois que cela m'a été possible, je n'ai pas hésité à le faire. 19 fois j'ai enlevé ces collections qui, presque toutes, étaient des abcès de l'ovaire et constituaient des poches profondément situées, mais cependant assez fecilement décorticables, bien que, dans deux ou trois circonstances, il se soit produit une rupture de l'enveloppe et un épanchement de pus, que de larges irrigations ont fait disparaître.

Je ne prétendrai pourtant pas qu'il faut entièrement bannir les incisions vaginales, mais les indications m'en paraissent très restreintes, et dernièrement une laparotomie est venue me démontrer que, chez une femme dont l'abcès bombait du côté du vagin, la collection totale était en réalité constituée par plusieurs abcès de l'ovaire et de la trompe, qui n'auraient pas été tous ouverts par une incision vaginale. Aussi je suis convaincu que tous ces abcès sont justiciables de la laparotomie et que c'est la meilleure méthode à mettre en pratique, pour enlever entièrement tout ce qui est malade, ce qui n'est pas possible avec l'ouverture par la voie vaginale. On sait d'ailleurs que cette dernière intervention se complique assez fréquemment de trajets fistuleux interminables et de persistance plus ou moins prolongée d'accidents douloureux. Ce sont encore ces raisons qui doivent faire préférer la laparotomie, contre laquelle il n'y a plus maintenant à objecter la crainte de la péritonite, quand on a le soin de bien nettoyer tout le champ opératoire. Si par hasard il arrive que l'ablation de l'abcès soit impossible il reste comme ressource ultime la suture et le drainage de la poche, qui amènent ultérieurement la guérison.

Il est encore une autre méthode de traitement de ces suppurations, que l'on vient tout récemment de préconiser et qui serait, d'après l'auteur, la méthode de choix de l'avenir : c'est l'hystérectomie vaginale totale, que M. Péan conseille en pareil cas. (Voir *Bulletin Médical*, pag. 633, 1890).

Il n'est pas possible de se prononcer actuellement sur une intervention aussi radicale ; mais si j'en juge par les difficultés que l'on rencontre parfois à séparer l'ovaire et la trompe des anses intestinales, il est naturel de penser que cette opération pourra être entourée de très grandes difficultés et sera bien aléatoire.

M. Terrier. — Ce n'est pas, je l'avoue, sans un certain étonnement, que j'ai lu la communication de M. Bouilly au sujet de ces collections salpingiennes, car, pour ma part, je ne crois pas que l'on doive ériger en méthode de choix le procédé d'ouverture par la voie vaginale. D'après ce que nous savons de l'évolution de ces inflammations tubaires, ovariennes ou péritonéales, on peut être certain qu'un jour ou l'autre il y aura perforation de voisinage et issue du pus dans le vagin, dans le rectum ou dans la vessie ; et qu'en résulte-t-il ordinairement ? Des fistules interminables, comme j'en connais un certain nombre d'exemples, que je suis depuis plusieurs années.

Il y a déjà longtemps que j'ai pu l'observer, puisque, élève de Chassaignac, j'ai été souvent à même de voir ce chirurgien mettre en pratique ce procédé, pour ces collections salpingiennes, autrefois dénommées abcès péri-utérins. On incisait alors dans le vagin, on drainait et si l'on était assez heureux pour éviter les phénomènes de septicémie on ne parvenait pas souvent à empêcher la formation de trajets fistuleux. Depuis cette époque j'ai fréquemment rencontré cet accident à la suite de ponctions pratiquées en ville.

Aussi depuis de nombreuses années ai-je pris, en principe, le parti de ne pas recourir à l'ouverture de ces abcès par la voie vaginale, et si quelquefois il m'est arrivé de le faire en présence d'une volumineuse collection, saillant étonnamment dans le vagin, ce n'était pas dans l'espérance d'obtenir une guérison définitive, bien convaincu qu'une autre intervention deviendrait nécessaire.

Comme M. Terrillon, je traite ordinairement ces abcès par la laparotomie, mais je me sépare de mon collègue, lorsqu'il semble admettre qu'en général tout se réduit à l'existence d'une poche plus ou moins étendue, qu'il faut s'efforcer d'extirper. Généralement les lésions sont plus complexes et l'intervention en devient plus compliquée.

Parmi les exemples de ce genre, je citerai le cas d'une jeune

femme chez laquelle j'avais reconnu, sans en expliquer la pathogénie, l'existence d'une fistule intestino-vésicale. J'ai fait, il y a une dizaine de jours, la laparotomie et j'ai trouvé une ovarite suppurée, qui avait été certainement le point de départ de la fistule; mais, malgré mes recherches à ciel ouvert, je n'ai pu en constater les rapports directs avec la lésion primitive.

Chez une autre jeune femme, j'ai rencontré une collection purulente qui s'était formée dans les annexes et était venue saillir dans le vagin, où on l'avait ponctionnée; malgré cela elle s'ouvrait plus tard spontanément dans le rectum, et provoquait dans la suite des phénomènes de fièvre hectique, qui devenaient menaçants ; c'est alors que j'ai incisé l'abdomen, mais, au lieu de trouver une poche bien circonscrite, je suis tombé sur des anses intestinales accolées que j'ai dû séparer les unes des autres, pour évacuer un foyer purulent circonscrit par elles. Après avoir bien nettoyé et gratté avec une éponge la surface des anses de l'intestestin, j'ai drainé la cavité et obtenu la guérison de cette malade, avec une fistule, dans laquelle quelque temps après l'opération, je pouvais encore introduire une bougie, qui pénétrait jusque dans le rectum. Dans ce cas la guérison n'était donc qu'incomplète, mais une grossesse est heureusement survenue, et sous l'influence de la compression utéro-fœtale, le trajet fistuleux a disparu.

Dans d'autres circonstances, malgré tout le soin que j'ai apporté à faire une ablation aussi complète des ovaires et des trompes malades et des foyers suppurés, je n'ai pas toujours obtenu de très bons résultats ; il est juste d'ajouter que ce sont là des faits exceptionnels, et pour lesquels l'intervention est beaucoup plus compliquée que lorsqu'il s'agit de simples salpingites suppurées, bien plus fréquentes à mon avis que les ovarites et dont on vient facilement à bout.

Je ne veux pas insister plus longtemps sur les difficultés variées qui se présentent, sur les adhérences intestinales, sur les collections étendues qui entravent le manuel opératoire : ce sont là des lésions, contre lesquelles une incision vaginale ne peut guère être efficace, et que, la plupart du temps d'ailleurs, il est impossible d'annoncer d'avance. Pour ma part, je me déclare absolument incapable de reconnaître, dans bien des cas, si la collection purulente est d'origine tubaire ou ovarienne ; la laparotomie peut

seule fixer à cet égard. C'est à elle que l'on doit avoir recours de bonne heure, lorsqu'on a des raisons de supposer l'existence d'un foyer purulent aux dépens ou autour des annexes. Si l'on est appelé tardivement et s'il y a urgence d'inciser une collection qui bombe dans le vagin, on doit être prévenu qu'une laparotomie s'imposera plus tard.

Quant à l'hystérectomie vaginale totale, que M. Péan a mise en pratique depuis quelque temps, tout en considérant que cette intervention peut offrir des difficultés et des dangers, j'estime qu'elle a sa raison d'être et qu'elle est logique. Je la comprends bien mieux que la simple incision vaginale, qui n'est qu'un moyen palliatif, puisqu'elle peut amener une guérison définitive.

M. Després. — Je ne doute pas que la communication de M. Bouilly ne soit destinée à marquer un temps d'arrêt dans les interventions à outrance, que l'on pratique actuellement sur les trompes et sur les ovaires. Les chirurgiens du début de ce siècle n'attaquaient les abcès péri-utérins que par le vagin, et ils faisaient de la bonne chirurgie, car ils guérissaient leurs malades. C'est à leur école que j'ai été élevé, et je ne vois pas de raisons de ne pas suivre leur exemple. Dans cette question de thérapeutique j'ai déjà insisté sur un point ; c'est qu'on ne devait ouvrir ces foyers purulents que lorsqu'ils adhéraient au vagin, pour éviter les hémorrhagies. Il y a déjà quelques années, que j'ai communiqué à la société deux observations intéressantes. L'une, concernait une femme dont j'incisai une première fois l'abcès par le vagin ; trois ans plus tard il y eut une récidive que je traitai de la même façon par une incision et une dilatation avec le doigt. La guérison obtenue en 80 jours est restée définitive depuis plusieurs années. Dans le deuxième cas, il s'agissait d'une malade, atteinte d'une suppuration d'origine inconnue, le même traitement a été appliqué, et cinq ans viennent de s'écouler sans qu'une récidive se soit montrée.

L'incision vaginale est la méthode de traitement la plus rationnelle et la moins grave, pourvu qu'on ne s'attaque pas à des foyers très haut situés, ce qui peut exposer à des hémorrhagies, et pour ma part, je ne comprends pas qu'on songe à la laparotomie. J'avoue que depuis plus de cinq ans, je n'ai jamais rencontré une véritable indication de cette opération.

Dans ces derniers temps j'ai recueilli l'observation de trois

malades, atteintes de salpingo-ovarites, que j'ai guéries, soit par le repos, les injections chaudes et les vésicatoires, soit par l'incision vaginale. Elles présentaient des tumeurs, sur le diagnostic desquelles il n'y avait pas de doute, diagnostic que je ne regarde pas d'ailleurs comme très difficile à poser. De semblables faits, dont on pourrait multiplier les exemples, sont, à mon avis, aussi concluants que possible. Se trouve-t-on dans la nécessité d'intervenir, c'est à l'incision qu'il faut s'adresser, dût-elle être suivie d'une fistule, qui souvent guérit spontanément. Je reconnais toutefois que ces fistules sont causes d'ennuis, mais il ne faut pas en exagérer les inconvénients, et si j'avais à en souhaiter une à une malade, c'est à la fistule rectale que je donnerais la préférence.

M. Pozzi. — Le meilleur traitement que l'on puisse appliquer à ces abcès salpingiens, est non seulement d'évacuer le liquide purulent, mais encore d'enlever totalement la poche, qui le renferme. Ce n'est pas là un point secondaire ; tout au contraire, car, en la laissant, on peut la voir se remplir ou s'hypertrophier, ce qui est plus tard la cause de nouveaux accidents. Malheureusement, on sait qu'il n'y a pas toujours enkystement du pus, et dans ce cas, la seule chose possible est de vider ce sac.

Je crois que dans beaucoup de circonstances il n'est pas toujours aisé d'arriver à un diagnostic certain et par exemple de déterminer si l'on a affaire à un pyosalpinx adhérent et énucléable ou à un pyosalpinx non adhérent et non énucléable.

Seule la laparotomie est capable de renseigner et doit être préférée à l'incision vaginale, qui n'a souvent que des résultats incomplets. Quant à la pathogénie de ces abcès, je crois, comme M. Terrier, que le plus souvent, c'est la trompe qui est en jeu.

M. Le Dentu. — Si le même traitement donne parfois des résultats différents, la cause me paraît devoir en être recherchée dans l'ancienneté plus ou moins accusée de l'affection. Lorsque la suppuration est de date récente, les succès ne sont pas rares par l'incision vaginale ; dans le cas contraire je crois qu'il vaut mieux faire la laparotomie en s'efforçant d'enlever la poche, toutes les fois qu'il y a possibilité.

M. Routier. — Si je n'ai pas ouvert le ventre dans le cas dont je vous ai parlé à notre dernière séance, cela a tenu à ce que la température de ma malade dépassait 40°.

M. Terrier. — Cette élévation de température est au contraire une indication de laparotomie, laquelle fait disparaître immédiatement les accidents fébriles. Quant à faire une distinction entre les abcès anciens ou récents, je ne la comprends nullement. Ce que je sais, c'est que le pus existant, il faut l'enlever.

M. Marchand. — Chez une malade dont la température s'était élevée au-dessus de 40°, j'ai très rapidement obtenu une amélioration par la laparotomie.

M. Bouilly. — Il est inutile que je rappelle les nombreuses laparotomies que je pratique chaque semaine, pour réduire à néant la conduite réactionnaire que l'on veut me prêter. Mais je regrette l'absence de MM. Terrier et Terrillon à notre dernière séance, car il est probable, s'ils m'avaient entendu, qu'ils n'auraient pas attaqué ma conduite comme ils viennent de le faire. Je n'ai jamais avancé qu'il fallait regarder comme une méthode de choix l'ouverture des abcès salpingiens par le vagin. Ce que j'ai dit, c'est que cette intervention me paraissait absolument indiquée dans certaines circonstances, que j'ai pris soin de spécifier tout particulièrement (voir *Bulletin médical*, p. 642, 1890) ; et j'ai appuyé cette opinion en rapportant six cas, dans lesquels j'avais obtenu une rapide guérison. Ne sont-ce pas là des faits contre lesquels aucune hypothèse et aucun raisonnement ne peuvent s'élever ? Quoi qu'on en ait dit, je reste convaincu que cette ouverture vaginale constitue un procédé de traitement qui a parfaitement ses indications.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE

Séance du 3 juillet 1890.

HÉMORRHAGIE VAGINALE CHEZ UNE ENFANT DE 3 ANS.

M. Duchaussoy communique l'observation d'une petite fille de 3 ans, ordinairement bien portante, qui fut prise subitement, sans cause appréciable, d'une très abondante hémorrhagie par la vulve. Par les moyens ordinaires, eau glacée intus et extra, repos et potion hémostatique, on arrêta la perte de sang. Le lendemain, avec le spéculum d'Itard, il put constater en arrière de l'hymen et sur sa face postérieure l'existence de tumeurs érecti-

les de couleur rouge violet sans battements apparents. D'abord, il a dilaté l'ouverture avec l'éponge préparée, et, ensuite, il a écrasé avec des pinces hémostatiques les parties saillantes d'apparence fongueuse et injecté trois seringues de Pravaz d'un mélange de deux parties d'eau et d'une partie de perchlorure de fer. Le pansement fut fait avec de petites compresses de 1 centimètre carré, pliées en pile sur la tumeur érectile, après avoir été imbibées de perchlorure de fer pur, et un tamponnement avec du coton hydrophile trempé dans une solution d'acide borique. Deux mois après, toute trace de tumeur érectile était complètement disparue.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU NORD.

Séance du 23 *mai* 1890.

Mastite de la ménopause, par M. Phocas. — Le professeur Verneuil, dans une des dernières séances de la Société de Chirurgie, vient de préconiser les pulvérisations comme moyen de traitement de certaines mammites. Dans ma thèse, j'ai déjà soutenu cette opinion, que certains engorgements mammaires pouvaient donner le change et faire croire à une véritable tumeur. Je n'ai pas l'intention de revenir aujourd'hui sur les discussions multiples que cette opinion a provoquées ; mais je suis bien aise de voir M. Verneuil préconiser des moyens d'expectation, avant d'arriver à une opération dans quelques cas de certaines mammites chroniques qui simulent un véritable cancer.

Permettez-moi, à ce propos, d'extraire de mes cartons une observation que j'ai recueillie lors de mon séjour à Paris, et qui montre combien ce diagnostic est difficile.

C'était l'année dernière, une femme de 45 ans, de bonne constitution, est venue me consulter pour une tumeur de la mamelle gauche. Depuis quelques jours, elle a ressenti des picotements et de la douleur dans le sein et bientôt elle constate l'existence d'une véritable tuméfaction. A la vue, le sein paraissait enflé ; il n'y avait rien du côté du mamelon. La peau glissait sur les parties profondes ; mais dans la moitié externe de ce sein, il existait une grosse tumeur dure, légèrement lobulée à la surface, faisant corps avec la glande mammaire, légèrement douloureuse à la pression.

Cette tumeur se confondait dans sa périphérie avec le reste de la glande. Il existait dans l'aisselle du même côté, deux ganglions durs et douloureux. L'état général avait notablement périclité. Cette femme, que je connaissais avant sa maladie, est devenue pâle, essoufflée et ne pouvait déjà plus vaquer aux soins de son ménage.

Le diagnostic était très embarrassant. La marche rapide de la tumeur, sa consistance, sa diffusion, l'existence de ganglions et le mauvais état général, tout cela me portait à penser à une affection maligne, à un cancer en masse. Cette circonstance que l'affection est survenue chez une femme à la période critique était de nature à corroborer mes soupçons. Et j'étais d'autant plus disposé à admettre un cancer, qu'un chirurgien expérimenté des hôpitaux de Paris, le Dr Désormaux, qui avait examiné la femme, lui fit entrevoir la nécessité probable d'une opération.

Au milieu de ce cortège de symptômes, trois signes sont venus jeter le doute dans mon esprit et me faire croire à une mammite. C'étaient l'absence d'adhérences de la peau, la marche de l'affection et l'engorgement ganglionnaire.

Il est rare, en effet, de trouver des adhérences à la peau dans ce genre de tumeur et il est, pas contre, exceptionnel de ne pas trouver ce signe dans le cancer arrivé à cette période.

Relativement à la marche, Tillaux a établi que la marche *oscillante* était un caractère de premier ordre.

Enfin, l'engorgement ganglionnaire restait. Mais l'engorgement glanglionnaire est-il toujours de nature néoplasique? Beaucoup de chirurgiens en doutent et ils appuient leur opinion sur ce fait que certaines opérées ont guéri sans qu'on eût enlevé ces tumeurs ganglionnaires.

En présence de ce doute, je restai dans l'expectation et bien m'en prit, car sous l'influence d'une médication très simple, la tumeur a diminué et a disparu au bout de six semaines. Je conclus donc :

« A côté de la mastite des nouveau-nés et des adolescents, il existe une mastite de la ménopause, accompagnée quelquefois de phénomènes généraux et ressemblant, à s'y méprendre, au cancer. »

TUMEURS FIBREUSES DU BASSIN SIMULANT DES KYSTES OVARIENS.

M. JOUBERT, de Calcutta, a envoyé à la *British Gynæcological Society*, de Londres, les observations de deux femmes atteintes de tumeurs fibreuses du bassin simulant des kystes ovariens.

Le premier cas est celui d'une femme de 40 ans, qui portait une tumeur dans la fosse iliaque droite. Cette tumeur, qui avait débuté deux ans auparavant, s'étendait, quant la malade entra à l'hôpital, du bassin jusqu'à quelques centimètres au-dessous de l'appendice xyphoïde. Mobile latéralement, cette masse semblait fluctuante ; l'utérus, dont le volume était normal, était accolé sur le côté gauche du néoplasme, qui fut considéré comme un kyste multiloculaire de l'ovaire.

La laparotomie fut pratiquée ; M. Joubert tomba sur une tumeur absolument indépendante de l'utérus et des annexes, mais reliée aux parois du bassin par une base très large et impossible à pédiculiser. L'opération ne fut pas poussée plus loin. La malade supporta mal cette intervention et mourut deux jours plus tard.

A l'autopsie, on constata que la tumeur avait son point de départ à droite, dans le tissu conjonctif sous-péritonéal qui tapisse la paroi abdominale et le bassin. Le néoplasme, formé uniquement de tissu fibreux dense aurait pu être enlevé si on l'avait séparé de la capsule péritonéale qui l'entourait, mais cette opération délicate aurait demandé du temps et la malade aurait été certainement incapable de la supporter, car la mort avait été produite par shock et non par infection.

Le second cas est celui d'une femme de 42 ans qui présentait, comme la précédente, une volumineuse tumeur dans la fosse iliaque droite. L'utérus était refoulé à gauche et en haut, de telle sorte qu'il était difficile d'en atteindre le col et d'en pratiquer le cathétérisme. Ici encore, on porta le diagnostic de tumeur kystique de l'ovaire.

A l'ouverture de la cavité abdominale, on tomba sur une tumeur ayant tous les caractères d'un kyste ovarien. Une ponction faite dans l'épaisseur du néoplasme montra qu'il s'agissait d'une tumeur solide, non kystique. Le point de départ était, non l'ovaire car des deux côtés les trompes et les ovaires étaient normaux,

mais le ligament large du côté droit. La tumeur, aisément énucléable, fut enlevée assez facilement, et le sac péritonéal qui l'entourait fut suturé à la paroi abdominale et drainé.

Pendant l'opération il n'y eut pas d'hémorrhagie abondante.

Le lendemain la malade perdit un peu de sang par le tube à drainage ; son abdomen se ballonna et des vomissements apparurent ; la température était normale. Trois jours après la malade succomba.

A l'autopsie on ne trouva pas de péritonite, mais seulement un peu de congestion des vaisseaux du péritoine. Il s'était fait une hémorragie assez abondante de chaque côté du sac péritonéal dans lequel était renfermée la tumeur. Cette perte de sang avait été certainement la cause de la mort, car il n'y avait pas trace d'infection.

M. Bantock a observé plusieurs cas semblables à ceux de M. Joubert. Suivant lui, l'origine de ces tumeurs n'est pas le tissu conjonctif sous-péritonéal, mais la partie inférieure de l'utérus et ces néoplasmes renferment généralement, contrairement à l'opinion de M. Joubert, du tissu musculaire à côté du tissu fibreux qui, il est vrai, est prédominant.

M. Routh fait observer que dans le cas de ce genre, où le diagnostic est difficile, l'auscultation rend de très grands services. On entend très bien, en effet, les battements des artères sous-jacentes quand il s'agit d'une tumeur fibreuse solide. Par contre, ces battements ne sont pas perçus ou le sont d'une façon incomplète quand il s'agit d'un kyste. (*Bull. méd.*).

REVUE DE LA PRESSE

SÉCRÉTION LACTÉE PENDANT UNE GROSSESSE NERVEUSE,

Par le Dr E. Demange, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy.

Mme X..., âgée de 28 ans, est née d'une mère névropathe ; elle-même, sans avoir eu jamais d'accidents franchement hystériques, est excessivement nerveuse ; elle a toujours eu une bonne santé, est bien réglée. Mariée depuis dix-huit mois, elle est profondément attristée de n'être pas encore mère. Au mois de mars 1886, elle vient toute joyeuse m'annoncer qu'enfin elle est enceinte depuis trois mois. Ses règles ont

manqué trois fois, dit-elle ; elle a des vomissements, des dégoûts, son ventre et ses seins grossissent ; cependant, à la dernière époque elle a eu quelques gouttes de sang ; mais néanmoins elle ne doute pas qu'elle ne soit enceinte, elle a du reste consulté une sage-femme qui l'a examinée et lui a affirmé qu'elle était grosse de trois mois. Le toucher me fait reconnaître que l'utérus est loin d'avoir le développement d'une grossesse de trois mois; en interrogeant, j'apprends alors que les époques, sauf la première, n'ont pas manqué complètement et qu'elles se sont marquées par quelques gouttes de sang. Sans insister autrement, j'émets à Mme X... l'opinion que sa grossesse ne remonte pas assurément à trois mois, si elle existe. Je prescris des toniques et quelques antispasmodiques. Un mois et demi après, juste à 6 mois et demi d'après le calcul de Mme X..., elle revient m'annoncer que cette fois il n'y a plus de doute, qu'elle a senti remuer, et qu'enfin elle a du lait dans les deux seins.

Ayant toujours conservé des doutes sur la réalité ou tout au moins sur l'époque de la grossesse, je pratique un examen complet et je n'ai pas de peine à constater que la matrice n'est nullement augmentée de volume ; elle a absolument les dimensions d'un utérus vide. Le spéculum me montre un col conique, circulaire, sans trace de déchirure ancienne ou récente, un col vierge en un mot. J'examine alors les seins, et je reconnais, à mon grand étonnement, que les deux mamelons laissent suinter par la pression quelques gouttes de sérosité analogue à du colostrum; il existait sur la chemise quelques taches produites par ce liquide. « Vous voyez, dit la jeune femme, que je serai une bonne nourrice ; depuis un mois je lotionne les seins avec de l'alcool pour ne pas avoir de crevasses ; quand accoucherai-je ? Ma layette, mon berceau sont prêts. »

En raison de l'état nerveux de cette dame, je crus devoir prendre beaucoup de ménagements pour la préparer à la déception qui l'attendait. Convaincu qu'il n'y avait pas de grossesse, je prescrivis du bromure, du fer, des amers et l'hydrothéraphie. Au bout d'un mois, les troubles nerveux disparaissant et le retour des règles venait ôter toute illusion à Mme X... ; elle s'en consola en voyant sa santé se rétablir ; trois mois après, elle devenait réellement enceinte et accouchait neuf mois plus tard d'un gros garçon qu'elle nourrit elle-même.

Si j'ai rapporté cette observation qui rappelle les cas bien connus de grossesse nerveuse, c'est qu'ici est apparu un phénomène absolument inusité et sur lequel je désire appeler l'attention : je veux parler de l'écoulement, par les deux mamelons, de sérosité analogue à du colostrum, écoulement que j'ai moi-même constaté, qui est apparu dans le courant du troisième mois de la prétendue grossesse et a persisté jus-

qu'au retour définitif des règles. Cette lactation rudimentaire s'était accompagnée d'un gonflement notable des seins, mais l'auréole des mamelons ne m'a pas paru se pigmenter, et les tubercules de Montgomery n'avaient pas pris de développement. Ainsi donc, des troubles nerveux réalisant l'ensemble symptomatique qu'on est convenu d'appeler grossesse nerveuse ont été accompagnés d'une sécrétion lactée rudimentaire chez une femme mariée, qui se croyait enceinte, qui n'avait jamais eu commencement de grossesse.

Son désir ardent de devenir mère, les troubles du début d'une grossesse, qu'elle avait elle-même observés chez sa sœur, accouchée quelques mois auparavant et qu'elle avait soignée avec beaucoup d'intelligence et de dévouement pendant sa grossesse et ses couches, les excitations mécaniques qu'elle avait faites sur ses mamelons pour les préparer à l'allaitement tant désiré, telles sont les circonstances qui ont produit chez cette jeune femme les phénomènes que nous venons de rapporter ; elle s'était suggéré l'idée qu'elle était enceinte et elle décrivait et ressentait avec une entière conviction tous les troubles qui accompagnent un début de grossesse, jusqu'au moment où le retour de ses règles lui a ôté toute illusion sur cette grossesse par auto-suggestion.

Cette observation nous paraît avoir une grande importance en médecine légale ; elle montre combien l'expert doit être réservé dans ses conclusions relativement à une prévention de grossesse, en les basant seulement sur la présence du lait dans les seins.

M. Mascarel a rapporté à la Société de médecine légale, en 1884, un cas offrant des analogies avec le nôtre. Il s'agissait d'une femme mariée, de 35 ans, toujours bien réglée depuis l'âge de 16 ans, mariée depuis 18 ans ; elle n'avait jamais cessé d'avoir ses règles, sauf il y a quatre ans, où elle eut un retard de huit jours ; mais elle affirmait que depuis six ans, deux ans par conséquent avant ce retard, elle avait un gonflement douloureux des deux seins et qu'en pressant sur la base du mamelon on en faisait sortir un liquide lactescent. L'examen fait par le Dr Mascarel constate l'état suivant : « Les deux seins sont égaux en volume à ceux d'une femme qui est plutôt maigre que grasse ; ils sont sensibles à la pression et sillonnés de nombreuses veines, comme chez une femme en état de lactation. La pression exercée de la base du mamelon vers le bout de sein amène la sortie d'un liquide ayant toutes les apparences du colostrum. L'auréole n'est pas rembrunie et les glandules qu'on observe au pourtour de l'auréole sont peu développées ; quant au mamelon lui-même, il n'est pas humide, mais il est recouvert de croûtes jaunâtres, fendillées, comme cela s'observe chez les femmes âgées ; ce qui indique d'une façon précise qu'aucune succion n'a été

exercée sur ces organes. Cette femme, présentant des troubles gastriques et hypogastriques, est examinée au spéculum. La vulve et les organes génitaux externes sont dans l'état normal de ceux d'une femme mariée, mais qui n'a jamais eu d'enfants. La fourchette est intacte ; l'utérus est bien placé, ni adhérent, ni dévié, ni volumineux ; il en est de même du col ; seulement l'orifice n'est pas parfaitement circulaire, il offre une très petite échancrure sur le côté droit, mais dans plus des trois quarts de son pourtour il est circulaire et étroit. Il faut bien admettre, dit le Dr Mascarel, que cette femme n'a jamais été en état de gestation, qu'elle n'a d'ailleurs aucun intérêt à tromper, et que cependant l'état des seins est celui d'une femme en état de parturition et cela depuis six ans.

« Interrogée sur la question de savoir si l'état actuel des seins était tel avant son mariage, cette femme répond que son attention n'a jamais été dirigée de ce côté. »

Ce fait, un peu moins démonstratif que le nôtre, en raison de cette petite échancrure du col utérin, nous paraît cependant devoir en être rapproché ; il en diffère par l'absence de phénomènes simulant la grossesse et par la longue durée de la sécrétion lactescente en dehors de tout état de parturition. Il est l'analogue de ces cas de sécrétion lactée établie chez des jeunes filles en dehors de tout état de grossesse antérieure.

Ce qui nous a semblé intéressant dans le cas que nous avons observé, c'est l'apparition de la sécrétion lactée pendant que cette jeune femme avait la conviction intime qu'elle était enceinte ; c'est un détail nouveau et important à ajouter à l'histoire des grossesses dites nerveuses.

ABCÈS PROFOND DU BASSIN, OUVERTURE PAP LE VAGIN ET LE PÉRINÉE,

Par M. Le Bec.

Clémence L..., dix-neuf ans, entre dans mon service le 16 mai 1887, pour un écoulement purulent très fétide et très abondant, qui se fait par le vagin. Nous ne trouvons rien dans ses antécédents, pas de maladies dans son enfance. Les règles parurent à l'âge de treize ans ; elles ont toujours été irrégulières, se montrant quelquefois tous les quinze jours.

Sa maladie actuelle remonte à plus d'une année. Pendant sa période menstruelle elle mit ses mains à l'eau froide. Le soir même elle sentit une vive douleur dans le ventre, et le sang se montra plus abondant que les jours précédents.

Quelques jours avant elle avait fait une chute assez douloureuse sur le ventre.

Cette hémorrhagie dura quinze jours avec assez de force, puis elle fut suivie de pertes blanches. Malgré cela, pendant tout ce temps, la malade n'eut pas de fièvre, et ne fut pas obligée de se coucher. Les douleurs continuèrent sourdes, se montrant toujours dans la région hypogastrique droite. Les règles parurent se régulariser.

Un jour l'écoulement blanc se montra beaucoup plus abondant que de coutume, et prit une odeur fétide, qu'il a gardée depuis, et tout cela, sans que la malade ait été soulagée.

On lui conseilla des injections détersives et désinfectantes.

Etat à l'entrée de la malade.

La santé générale ne paraît nullement atteinte. La jeune fille est forte et a assez d'embonpoint. Elle dort bien et n'a jamais de fièvre.

Le ventre est souple, on ne réveille de douleur que dans la partie profonde de la fosse iliaque droite, où l'on sent une vague tuméfaction vers le petit bassin.

Les organes génitaux externes sont bien conformés. L'hymen existe et je le dilate facilement. Au toucher, on trouve l'utérus petit, le col déformé, et comme fendu en travers. J'introduis avec peine un petit spéculum de Fergusson. Tout d'abord on ne voit qu'un véritable flot de pus, qui remplit le spéculum. Ce pus est épais, foncé en couleur et d'une odeur particulièrement infecte.

Le col est déformé, effacé, comme fendu en travers, ce qui lui donne la forme d'une gouttière.

En examinant attentivement le cul-de-sac postérieur, on voit, à droite du col et très près, un petit orifice par lequel coule du pus en abondance notable. Avec beaucoup de difficultés je parviens à faire pénétrer un stylet, puis, plus tard, un hystéromètre. Ces instruments se dirigent en haut et à droite, mais ne vont pas à plus de 2 centimètres de profondeur.

La fistule fut dilatée avec de la laminaire, et j'y introduisis un petit appareil formé par deux sondes parallèles, en canon de fusil, soutenues par une petite tige souple. Le pus s'écoula plus facilement, et l'on fit des injections avec du sublimé à 1/1000.

En juin, je tentai de dilater le vagin avec un ballon de caoutchouc, pour pénétrer plus facilement dans la fistule, mais le dilatateur ne fut pas supporté. Le pus infect coulait très abondant.

Le 10 juillet, M. le docteur Monnier, qui me remplaçait, mit une tige de laminaire, mais la malade eut des douleurs et un frisson dans la journée. Quand on voulut retirer la tige, le fil se détacha seul et fut retiré, la tige avait disparu dans l'abcès. La fièvre se calma bientôt et le pus se mit à couler comme auparavant.

Un mois plus tard, en touchant la malade, on put sentir une sorte de

cylindre, un peu plus petit que le petit doigt, mobile et situé sur la partie latérale du vagin, et à droite, ayant un grand axe parallèle à celui du vagin. En même temps, en faisant le palper abdominal, on trouve une masse assez dure, peu douloureuse, située dans le bassin et à droite. Cette masse est profonde, elle dépasse de fort peu la ceinture osseuse du bassin et est immobile. On ne peut en séparer l'utérus.

29 septembre. On sent par le toucher que la tige de laminaire est très près de la vulve, et qu'elle se meut facilement dans la poche purulente, qui s'insinue entre le vagin et le rectum.

4 octobre. Opération. La malade est endormie et mise dans la position de la taille.

M. le docteur Monnier, qui veut bien m'assister, place un doigt dans le vagin et repousse de haut en bas la tige de laminaire, qui vient faire bomber le périnée à la partie la plus inférieure de la grande lèvre droite. Avec le couteau du thermocautère, je fais une petite incision en forme de croissant, partant du milieu du périnée, et remontant un peu sur la grande lèvre droite. J'arrive ainsi jusqu'à la tige de laminaire après avoir traversé une épaisseur de 2 centimètres environ de tissus.

La cavité est ainsi ouverte dans une partie déclive, le pus qui reste s'écoule, mais en très petite quantité, puis je place un drain en anse, passant par la plaie périnéale, et un orifice artificiel que je fais au fond du vagin, ne pouvant retrouver l'orifice trop petit de la fistule. La poche de l'abcès est alors explorée avec soin, elle paraît avoir en tout 10 à 12 centimètres de profondeur et 6 de large. L'utérus est placé à gauche et accolé à là poche. Le vagin est tamponné avéc de la gaze iodoformée.

Le soir de l'opération, la malade a une très légère fièvre, 38°4, et un peu de douleurs dans la région lombaire.

5 octobre. La nuit a été bonne, bien que la malade ait eu des vomissements de chloroforme. Le ventre est sensible, et je fais mettre de la glace. Température 37°4. Il a coulé un peu de pus, on fait passer dans le drain un courant léger de sublimé à 1/1000.

6 octobre. La malade est très bien. Elle a bon sommeil. Le ventre n'est plus douloureux. Le tampon du vagin est retiré.

Du 6 octobre au 10 décembre. Je laisse les drains en place, et chaque jour on fait des injections au sublimé à 1/2000. Le drain est alors remplacé par un drain filiforme, que je retire au bout de soixante jours, et la plaie se ferme.

20 mars 1888. La malade est revue, elle est complètement guérie, et sa santé générale est devenue excellente.

(*Gaz. des Hôp.*).

LA VALEUR NUTRITIVE DU LAIT BOUILLI

Par E. V. Vassibieff (Thèse de Saint-Pétersbourg, 1889.)

L'auteur a entrepris une série d'expériences sur six jeunes gens bien portants, âgés dix-huit à vingt-trois ans, dans le but de comparer l'assimilabilité des corps protéiques et de la graisse du lait bouilli et non bouilli. Chaque expérience durait six jours. Dans les premiers trois jours, la personne ne prenait que du lait cru ; pendant les trois autres jours au contraire, rien que du lait bouilli. Quant à la quantité de lait absorbé par jour, elle variait de 1.850 à 4.200 centimètres cubes.

Ces expériences intéressantes ont conduit l'auteur aux conclusions suivantes :

1° L'assimilation des substances azotées du lait est plus considérable, si le lait n'est pas bouilli. La moyenne des quantités non assimilées des substances azotées est de 6,42 à 7,62 pour 100 pour le lait cru, et de 7,76 à 8,79 pour 100 de lait bouilli.

2° Même chose pour la graisse. Pour le lait non bouilli, la proportion des acides gras non assimilés est de 2,288 à 4,85 pour 100 ; pour le lait bouilli, au contraire, de 4,53 à 6,99.

3° Par conséquent, la valeur nutritive du lait bouilli est inférieure à celle du lait cru.

(*Bulletin général de thérap.*)

VARIÉTÉS

—

La castration comme pénalité. — Un médecin californien vient de proposer la castration comme pénalité légale. Il conseille de castrer les criminels et certains aliénés. Cette manière de faire, croit-il, serait bien plus utile que la prison, pour améliorer la race humaine et éviter sûrement l'hérédité criminelle. Il croit que l'intérêt bien compris de la société, exige ce mode d'intervention, car si son procédé était adopté le nombre des dégénérés décroîtrait rapidement et parallèlement le nombre des crimes.

—

Le caractère des hystériques. — Dans une de ses leçons à la Faculté, M. le professeur Brouardel vient de rappeler quelques-unes des particularités du caractère des hystériques :

Après avoir exposé les moyens dont dispose le médecin légiste

pour se mettre à l'abri de leur tendance innée à la dissimulation, il a ajouté :

« Lorsqu'une femme est hystérique, la note principale de son tempérament est la mobilité d'esprit et de passion. Sa conversation est charmante, en raison même de cette facilité à passer vivement d'un sujet à l'autre. Mais l'hystérique est un peu moins charmante à rencontrer pour un mari. Elle est extrêmement égoïste et aussi disgracieuse dans son intérieur qu'elle est gracieuse à l'extérieur. Elle est capable d'inventer contre son mari toute espèce d'histoires, dans le but de se mettre en scène. Elle a une mobilité d'affection qui n'a d'égale que sa violence : quand elle aime, c'est avec passion, mais la passion est de courte durée. Ces retours soudains peuvent troubler singulièrement la tranquillité d'un ménage. Les femmes elles-mêmes, reconnaissent cette singularité de leur caractère et appellent cela « avoir des toquades ».

Cette affection passionnée n'est pas réservée du reste exclusivement au sexe masculin : les hystériques peuvent avoir des amies qu'elles aiment aujourd'hui et qu'elles haïssent demain. Alors, quand arrive le tour de la haine, elles ne savent quel moyen employer pour nuire à leur ancienne idole : elles font des dénonciations à la justice, écrivent des lettres anonymes, et finissent parfois par brouiller toute une petite ville.

Il y a encore deux points sur lesquels je tiens à insister particulièrement. Il n'y a chez l'hystérique aucune réflexion, elle a une idée et la met aussitôt à exécution, ses actes ne sont pas délibérés. Quelles que soient les conséquences qui puissent en résulter pour elles, l'hystérique écrit et agit, pour obéir à sa passion.

C'est une femme qui veut paraître à tout prix et qui n'est même pas rebutée par l'idée d'aller en Cour d'assises, parce que là elle pourra raconter, à loisir et en public, toutes les tribulations dont elle aura été victime et toutes les aventures qu'elle aura eues.

—

LES FEMMES MÉDECINS. — La Faculté de médecine compte quatre nouvelles doctoresses : Mmes Konindjy, Frenkel et Vlnaver, et Mlle Mendelsohn.

Veut-on connaître le sujet de la thèse choisie par cette dernière jeune personne : « De la contribution à l'emploi de l'iode en obstétrique. » Une question assez difficile établie, paraît-il, avec beaucoup de netteté.

Mlle Mendelsohn est de nationalité polonaise et elle va s'établir à Varsovie.

—

Les crises d'hystérie. — M. le Professeur Bernheim vient d'indiquer dans le *Bulletin Médical* un moyen des plus simples d'arrêter les crises d'hystérie :

Les crises d'hystérie les plus violentes peuvent toujours ou presque toujours, selon lui, être arrêtées par la simple suggestion. Pendant l'état d'inconscience apparente de la crise, la conscience me paraît être en réalité, conservée. Alors même que l'accès terminé, les sujets disent n'avoir aucun souvenir de ce qui s'est passé, j'arrive en général, sans les endormir, par simple suggestion, à l'état de veille, en concentrant leur attention pendant 1 à 3 minutes, à réveiller en eux le souvenir de ce qui s'est passé pendant l'accès.

Il m'arrive souvent d'enrayer ainsi instantanément ou en peu de minutes les crises d'hystérie qui se développent en ma présence. Il me suffit en général de dire : « C'est fini ! La crise s'arrête. Réveillez-vous. » Ou bien je dis aux personnes présentes : « Vous allez voir comment elle va se réveiller, j'enlève la douleur, elle n'étouffe plus, elle respire bien ; les convulsions s'arrêtent, etc., c'est tout à fait fini ». Il est rare que la suggestion n'arrive pas mettre fin très rapidement à la crise. Quand on a réussi une première fois chez une hystérique avec plus ou moins de facilité à l'enrayer, on réussit en général beaucoup plus vite et plus aisément à chaque accès ultérieur.

La parole ne suffit pas à guérir : il faut que cette parole soit acceptée par le cerveau et fasse impression sur lui. Ce n'est pas la parole de l'opérateur, c'est le cerveau de l'opéré qui fait la suggestion et qui transforme l'idée en acte. Il peut arriver que le cerveau de l'hystérique se refuse à accepter l'insinuation et reste sourd à la voix du médecin, l'auto-suggestion dominant la suggestion étrangère. Mais dans le plus grand nombre des cas, l'hystérique est suggestible ; et la simple parole, imposée avec calme et conviction, arrête dans leur évolution les grandes et petites crises d'hystérie.

—

Congrès international des femmes-médecins. — Les doctoresses de Chicago ne voulant pas rester en arrière de leurs confrères hommes, ont résolu de tenir, soit en 1892, soit en 1893, un Congrès international de médecine. Un comité va être constitué incessamment et des circulaires seront envoyées dans le monde entier.

Une princesse japonaise est en ce moment à Berlin, étudiant les hôpitaux et les institutions de bienfaisance, à l'effet de fonder des établissements semblables dans sa patrie.

BIBLIOTHÈQUE

I. **L'hygiène des sexes**, par le Dr E. Monin. — Paris, Doin 1890.

En même temps qu'une nouvelle édition, entièrement refondue, de « l'Hygiène de la beauté », l'éditeur O. Doin publie l'Hygiène des sexes, par le Docteur *E. Monin*. L'écrivain si aimé du grand public décrit dans ce nouvel ouvrage, l'hygiène des organes générateurs, chez l'homme et chez la femme, et élucide les préceptes sanitaires qui ressortissent à leur fonctionnement rationnel.

Avec l'esprit le plus scientifique caché sous la forme la plus littéraire, le docteur Monin passe de l'hygiène privée à l'hygiène publique, sans omettre aucun des problèmes, si délicats, que soulève la physiologie intersexuelle. Jamais *l'hygiène spéciale de la femme* n'a été aussi complètement traitée que dans ce petit ouvrage de 300 pages, qui sera bientôt dans toutes les mains. (Prologue en vers de Jean Richepin.)

II. **De la curabilité des accidents péritonéo-hépatiques d'origine alcoolique. (Ascite curable, cirrhose curable)**, par le Dr Eugène Villemin. — Paris, Steinheil, 1890.

III. **Engouement fébrile pulmonaire,** par le Dr Carmona y Valle, Mexico, Hermann 1890.

IV. **De quelques faits relatifs à la fièvre jaune,** par le Dr Carmona y Valle. Mexico, Hermann, 1890.

V. **Phlébite sus-hépatique ou hépatite intercellulaire**, par le Dr Carmona y Valle-Mexico-Hermann, 1890.

VI. **Inoculations préventives de la rage à l'Institut du conseil supérieur de salubrité de Mexico**, par le Dr Licéaga. Rudolf. Mosse, Berlin,

VII. **Contribution à l'étude de la cure de la phtisie**, par le Dr Licéaga (mémoire lu au Congrès international de Berlin). Rudolf Mosse, Berlin, 1890.

VIII. **Le plateau central du Mexique considéré comme station sanitaire pour les phtisiques**, par le Dr E. Licéaga. Hermann, 1890.

IX. **De l'intervention dans l'infection puerpérale post abortive,** par le Dr J. E. Audebert. Paris, Rey, 1890.

Voici les conclusions de cet intéressant travail :

1° Après un avortement compliqué de rétention placentaire, si le placenta est adhérent, en l'absence de phénomènes infectieux, se contenter de

l'antisepsie vaginale et intra-utérine, faites par les injections intra-utérine, lavages vaginaux, pansement iodoformé ou salolé de la vulve et du vagin.

2° Si, au moment où l'accoucheur est appelé, le placenta étant décollé en totalité ou en partie, l'écoulement lochial est un peu fétide, la température un peu élevée; si les symptômes généraux occasionnent un début d'infection, sans attendre que les accidents deviennent graves, il faudra intervenir et extraire *avec le doigt* seulement le délivre putréfié ou en voie de putréfaction.

3° Dans presque tous les cas, sinon dans tous, le décollement digital du placenta sera possible, en se conformant aux règles que nous avons données. Il devra être accompagné de l'antiseptie la plus minuticuse.

4° Si l'on n'est appelé qu'au moment où la septicémie est déjà généralisée, où les symptômes infectieux sont graves, devant l'imminence du danger il faudra, sans hésiter, pratiquer immédiatement le nettoyage de la cavité utérine, avec toutes les précautious antiseptiques d'usage.

X. **Contribution à l'étiologie de la fièvre typhoïde**, par le Dr CHALLAN DE BELVAL, médecin principal d'armée. Paris 1889.

XI. **Céphalalgie et massage**, par le Dr G. NORSTROEM. Paris, Lecrosnier et Babé, 1890.

XII. **Du rôle des Eaux d'Aulles dans l'eczéma constitutionnel**, par le Dr ALRIQ. Aulus, 1890.

XIII. **La source thermale sulfureuse de la Raillère de Cauterets, etc.**, par le Dr HENRI GUINIER. Paris, Doin, 1890.

XIV. **Question de physique à l'usage des anecdotes au Baccalauréat et à Saint-Cyr**, par R. CAZO, docteur en sciences, 2e éd. Paris, Masson, 1890.

XV. **Les médecins de Molière,**, par le Dr LÉON PETIT. Paris.

XVI. **Un péril social**, par le Dr Léon PETIT, Paris 1890, Œuvre des enfants tuberculeux 55, rue Miromesnil 1890.

XVII. **Pathologie et traitement des myomes de l'utérus**, par le Dr Emile LAUWERS (de Courtray), Bruxelles, Manceaux 1890.

Après quelques remarques préliminaires sur l'anatomie pathologique, l'étiologie, les symptômes et le diagnostic des myomes, notre savant confrère étudie les différentes méthodes de traitement médical et surtout de traitement chirurgical, donnant, pour chacune d'elles, les résultats de sa pratique personnelle. Il nous est impossible d'analyser ici cette très intéressante monographie, dont l'exposition, sobre et claire, est encore rendue plus facile à suivre par un certain nombre de figures et la relation des observations de l'auteur. P. B.

XVIII. **L'omphalotome, un nouvel instrument pour la pratique des accouchements**, par J. H. KEIFFER. Liége, 1890.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

186. — Le régime de Prochownick pour l'accouchement prématuré artificiel, par le Dr VON SWIECICKI. — Ce régime consiste à donner, le matin, une petite tasse de café et 25 grammes de biscuit; à midi, une viande quelconque, des œufs, du poisson, avec un peu de sauce, des légumes verts apprêtés au beurre, de la salade, du fromage; le soir, 40 à 50 grammes de pain et de beurre *ad libitum*. Interdiction absolue d'eau, de soupe, de pommes de terre, de farineux, de sucre, de bière.

Comme boisson, par jour, 300 à 400 centimètres cubes de vin rouge de Moselle (*Wien Med. Blatt.*, 1890, n° 22).

Cette méthode donnerait des enfants avec un pannicule adipeux réduit au minimum, presque à terme et, malgré cet amaigrissement, pouvant passer dans les bassins rétrécis.



187. — Application du forceps dans les occipito-transverses. (RÉMY.) — Conclusions :

Dans les positions occipito-transverses (en dehors des cas de rétrécissement sérieux du bassin), l'application du forceps dans le diamètre transverse du bassin, peut avoir pour conséquences :

A) 1° De faire tourner l'occiput en position iliaque antérieure et de déterminer ainsi une application oblique par rapport à la tête.

2° De faire tourner l'occiput en arrière, rotation défavorable contre laquelle il faut se tenir en garde.

B. De saisir la tête du front à l'occiput. Dans ces cas, en desserrant la vis de pression dans l'intervalle des tractions, on peut voir la tête évoluer dans l'instrument.

Dans les cas que j'ai observés, l'extraction de la tête saisie du front à l'occiput m'a paru facile et sans danger pour l'enfant.

(*Rev. méd. de l'Est.*)



188. — Mixture contre les gerçures du sein.

Salol..........................	3 grammes.
Chlorhydrate de cocaïne..........	0 gr. 20 centigr.
Ether sulfurique................	3 grammes
Collodion......................	30 —

F. s. a. un liniment avec lequel on touche les gerçures du sein.

(*Un. méd.*)

***

189. — Emploi de l'ichthyol en gynécologie. — Freund recommande vivement l'ichthyol pour le traitement des maladies inflammatoires de l'appareil génital des femmes : son action serait supérieure à celle des autres médicaments employés jusqu'à présent. Localement il agirait comme antiphlogistique et analgésique ; de plus, il améliorerait notablement l'état général (appétit relevé, digestion améliorée, régularisation des selles). Il a traité avec succès des paramétrites chroniques, des périmétrites chroniques et subaiguës, des métrites chroniques et des salpingites, des érosions du col, des cicatrices du vagin, le prurigo des organes génitaux externes. Il prescrit l'ichthyol à l'intérieur et simultanément à l'extérieur.

A l'intérieur, trois fois par jour, une dragée de 0 gr. 1 d'ichthyol ; plus tard la dose est doublée.

A l'extérieur, il emploie le mélange suivant :

Sulfo-ichthyolate d'ammoniaque.......	5 grammes.
Glycérine.........................	100 grammes.

M. D. S. — A appliquer dans le vagin un tampon d'ouate imbibé de cette solution.

Dans le cas où l'on veut hâter la résorption d'un exsudat, on prescrit en outre des frictions sur l'abdomen avec une pommade préparée de :

Ichthyol................................	} àâ
Lanoline................................	

ou avec du savon ichthyolé :

Ichthyol..............................	1 partie.
Savon vert............................	10 parties.

ou enfin on ordonne des suppositoires avec :

Ichthyol..........................	0 gr. 05 -- gr. 2
Beurre de cacao..................	q. s.

Les érosions sont traitées avec le sulfo-ichthyolate d'ammonium pur. L'action de l'ichthyol se manifeste d'abord par l'énergie de la résorption des exsudations (épanchement subaigu dans l'espace de Douglas disparu en seize jours ; tuméfaction et induration rapidement diminuée), et ensuite se dessine nettement son effet calmant et antiphlogistique (cessation rapide du ténesme et de l'inflammation de la muqueuse intestinale à la suite des suppositoires). Pas de phénomènes secondaires fâcheux.

Concurremment à l'ichthyol, on peut employer en même temps d'autres remèdes si le besoin s'en fait sentir. (*Nouveaux Remèdes*, 8 mai 1890.)

***

190. — Traitement du rachitisme. (KASSOWITZ.) — I (Dans la clientèle pauvre)

Phosphore...........................	0 gr. 04
Huile de foie de morue................	100 gr.

M. F. — Emulsion.

S. — A prendre une cuillerée à café par jour (= 0 gr. 0005 de phosphore).

II. (Dans la clientèle riche).

Phosphore............................	0 gr. 01
Lipanine..............................	30 gr.
Sucre................................	à à 15 —
Poudre de gomme arabique.............	

M. F. — Emulsion.

S. — A prendre une cuillerée à café en 24 heures.

III. — Solution de phosphore dans l'huile

d'amande (0 0/0, 2)..................	5 parties
Huile de foie de morue................	95 —

M. F. — Emulsion.

S. — A prendre une cuillerée à café par jour.

N. B. — Ce traitement doit être continué sans interruption pendant un temps prolongé.

(*W. med. Wchsch. et Bull. méd.*)

***

191. — Salol dans les angines. — Le Dr GOUGUENHEIM a communiqué au Congrès de laryngologie les heureux résultats qu'il a obtenus dans les angines par le moyen du salol. Voici ses conclusions :

1° Le salol agit efficacement sur les angines aiguës, quelle qu'en soit la cause ;

2° Il calme avec la plus grande rapidité la douleur, la dysphagie, qui sont les symptômes les plus pénibles de ces affections ;

3° En calmant la douleur, il peut abréger la durée de l'angine phlegmoneuse suppurée ;

4° Il abaisse la température ;

5° Il diminue, dans presque tous les cas, la durée des angines ;

5° Pour arriver à ces résultats, la dose ne doit pas être inférieure à 4 grammes.

(*France méd.*).

⁂

192. — Thymol en obstétrique. — Le thymol a été récemment préconisé par le Pr Braun (Vienne), dans sa clinique obstétricale. Voici la formule qu'il recommande :

Thymol........................	1	gramme.
Alcool........................	10	—
Glycérine.....................	10	—
Eau chaude....................	1,000	—

⁂

193. — Mixture contre la carie dentaire chez les femmes enceintes. — Mettre dans un flacon bouché à l'émeri :

Chloroforme......................	5	grammes.
Laudanum de Sydenham...........	2	—
Teinture de benjoin................	10	—

Mêlez.

On place dans la cavité de la dent cariée un morceau de coton imbibé de ce mélange et l'on renouvelle cette application jusqu'à ce que l'insensibilité soit obtenue.

Ce résultat atteint, on peut obturer définitivement la carie.

(*Rev. de Thér. Méd. Clin.*)

⁂

194. — Traitement de la constipation des nouveau-nés (de 1 à 2 ans). (WYETH).

Magnésie calcinée....................	
Racine de rhubarbe..................	àâ 5 gr.
Oléose-saccharure d'anis............	

Une pincée trois fois par jour. Chez les enfants âgés de quelques semaines seulement, il convient de réduire à 2 ou 3 grammes la dose de rhubarbe et de magnésie.



195. — Helianthus annuus. — M. le Dr Maminoff (Moscou) emploie la teinture de cette plante comme fébrifuge chez les enfants.

Teinture d'Hélianthus annuus...........	10 à 25 gouttes.
à 1 pour 5............................	suivant l'âge

à prendre en 3 fois dans un jour.



196. — Traitement du muguet. (J. SIMON). — Lorsque le muguet est confluent et qu'il a résisté au borax, à l'acide borique, M J. Simon emploie en gargarismes et en badigeonnages une solution composée pour les petits enfants de :

Chlorure de zinc.......................	1 gramme.
Eau alcoolisée..........................	1 litre.

Chez l'adulte il élève la dose de chlorure de zinc à 4 grammes.



197. — Du tamponnement avec l'onguent napolitain dans les affections utérines. — M. Hardy recommande, dans une communication faite *à la Société médicale de Liège*, cette médication, qui lui a donné d'excellents résultats contre les exsudats et qui consiste simplement dans l'application locale, dans les culs-de-sac, de tampons enduits d'onguent napolitain. Les résultats sont plus favorables que ceux des frictions sur les aines. Dans dix observations de métrite, de périmétrite et d'endométrite chroniques M. Hardy est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Sous l'influence de ce pansement, il se produit une sédation de la douleur :

2° Après un mois de traitement environ, les règles sont très fréquemment augmentées en durée et en quantité.



198. — Traitement du placenta prævia. — M. Wyder a fait sur ce sujet, au 2e Congrès des médecins suisses, à Zurich, une communication importante que nous résumons d'après le procès-verbal du *Progrès médical.* Nous connaissons un grand nombre de méthodes pour combattre cette anomalie obstétricale aussi dangereuse pour la mère que pour l'enfant. Il ne s'agit ici que de deux d'entre elles : le tamponnement de l'utérus et la version combinée. La première de ces méthodes est encore très répandue dans la pratique médicale, malgré ses nombreux désavantages. Le tamponnement n'arrête pas sûrement l'hémorrhagie, sans compter qu'il est presque impossible dès que la poche a crevé. Si l'on tamponne avec de la ouate, les tampons sont bientôt imbibés d'un sang qui se décompose très vite, et doivent être renouvelés fréquemment. Ces manipulations peuvent provoquer une recrudescence de l'hémorrhagie. En outre, le danger de l'infection est beaucoup plus considérable ; le segment utérin inférieur est des plus délicats et peut très facilement être lésé. La version combinée réduit tous ces désavantages au minimum. La poche une fois crevée, le placenta cesse de se détacher de la paroi utérine. En outre, par une version prématurée, on parvient à arrêter complètement l'hémorrhagie. Mais la version ne doit pas se faire de la manière ordinaire, on doit pratiquer la version combinée jusqu'à ce qu'on soit parvenu à saisir un pied et à l'attirer dans l'orifice utérin. Le bassin de l'enfant est le meilleur des tampons. A partir de ce moment, on doit laisser l'accouchement suivre normalement son cours, à moins que l'état de la mère ou celui de l'enfant n'exige une prompte délivrance. Si l'extraction devient nécessaire, il faut procéder très doucement et avec une grande lenteur. On peut souvent attendre l'expulsion normale du placenta sans qu'il soit nécessaire de le détacher. L'objection principale que l'on fait à cette méthode est la grande mortalité qui en résulte pour les enfants. La chose est exacte jusqu'à un certain point; mais comme d'un autre côté la mortalité des mères est considérablement réduite, il est certain qu'il n'y a pas à hésiter. La vie d'une épouse et d'une mère de famille a incontestable-

ment plus de valeur que la vie problématique de l'enfant. Avec la méthode du tamponnement, la mortalité des mères était de 30 à 40 p. 100, celle des enfants de 50 à 75 p. 100. Par la méthode de la version combinée, on est arrivé à n'avoir à la Charité, à Berlin, sur 107 cas de *placenta prævia*, que 7 cas de mort de la mère, soit 6,5 p. 100, la mortalité des enfants s'est élevée à 78 p. 100, donc pas beaucoup supérieure à celle de l'ancienne méthode. Dans les cas où le tamponnement est indiqué, c'est-à-dire pendant la grossesse ou tout au commencement de l'accouchement, lorsque le travail est encore très faible, l'auteur recommande d'employer la gaze iodoformée au lieu du tampon d'ouate.

(*Revue de thérap. médico-chirurgicale.*)



199. — Traitement de la coqueluche par la résorcine. — Le Dr Justus Andeer vient de publier quelques nouveaux cas de traitement et de guérison de la coqueluche par la résorcine. Un des petits malades était son propre enfant, petite fille de 7 ans, qui dans le cours d'une épidémie de rougeole et de coqueluche, fut atteinte de la forme catarrhale de cette dernière affection. Il prescrivit 30 grammes environ d'une solution de résorcine à 2 0/0, quatre fois par jour ; la moitié comme gargarisme, l'autre moitié comme potion. Dès le second jour du traitement, les quintes de toux diminuèrent sensiblement, et au bout de huit à dix jours elles disparurent complètement. Cinq autres enfants à qui le Dr Andeer ordonna la résorcine, obtinrent les mêmes bénéfices du traitement. A un baby de six mois, on ordonna une solution faible à 1/2 0/0, à prendre plusieurs fois dans son biberon ; le résultat fut on ne peut plus favorable.

(*The Medical Analectic.*)



200. — Influence du sulfate de quinine sur l'utérus gravide. — M. le Dr de Micas vient de traiter cette question dans sa thèse. Voici quelles sont ses conclusions qui se rapprochent à beaucoup d'égards de celles de M. Merz, bien qu'elles paraissent moins exclusives. (*Journal de méd. et de chir. prat.*)

Dans les hémorrhagies utérines, on pourra retirer de bons effets du sulfate de quinine employé contre les métrorrhagies ; cependant

l'action de ce médicament devra être surveillée, car quelquefois, au lieu d'arrêter l'hémorrhagie, il l'augmente.

Dans la grossesse on devra donner le sulfate de qninine en toute circonstance où il est jugé utile ou nécessaire. La grossesse n'est pas une contre-indication. Cependant il ne faudra pas oublier que si, la plupart du temps, il n'exerce aucune influence sur l'utérus gravide, il peut souvent provoquer des contractions utérines, et amener exceptionnellement, il est vrai, l'avortement ou l'accouchement prématuré.

Le fœtus n'est nullement incommodé par l'administration du sulfate de quinine à la gestante.

Cet agent est trop incertain comme abortif, pour que l'on compte sur lui pour provoquer l'accouchement prématuré.

On peut donner du sulfate de quinine à la parturiente à n'importe quel moment du travail, les contractions que provoque cet agent étant intermittentes et régulières comme les contractions physiologiques. Quand, pour un motif quelconque, on ne *peut* ou on ne veut pas intervenir dans l'accouchement ou la délivrance, et que le travail est enrayé par l'inertie utérine, on retirera, très souvent, de bons effets de l'emploi du sulfate de quinine à la dose de 1 gr. en deux ou trois doses, prises dans l'intervalle d'une heure ou une heure et demie.

L'élimination du sulfate de quinine par le lait est encore un problème; cependant il est bon, comme le conseillent Burdel et MM. Tarnier et Budin :

1° De donner à la nourrice ce médicament au moment des repas.

2° De vider artificiellement les seins du lait qu'ils contiennent trois heures après l'administration de ce sel, pour que le nourrisson ne prenne pas le lait le plus quinisé.

***

201. — Opportunité de l'opération de Porro en cas d'adhérence placentaire, par le Dr Skutch (d'Iéna). — L'observation de Skutch concerne une femme âgée de 21 ans, accouchée, à 7 mois, d'un enfant mort depuis peu. Le placenta resta dans la matrice. Le cordon fut rompu. Un médecin, appelé quelques heures après, essaya inutilement de pénétrer dans l'utérus ; il en fut empêché par l'étroitesse du col. La femme fut alors transportée dans

le service du professeur Skutch où, après chloroformisation on procéda à de nouvelles tentatives d'extraction. Elles échouèrent aussi. Or, il existait déjà des signes de putréfaction du délivre. Et, malgré les injections intra-utérines antiseptiques, les signes de septicémie s'accusèrent de plus en plus et la température s'éleva au-dessus de 40°. En conséquence, on procéda à la laparotomie, qui fut faite le 6e jour après l'accouchement. L'utérus ouvert, on retira le placenta qui était absolument putride. Mais on reconnut que la paroi utérine, au voisinage du fond de l'organe, était sphacelée dans presque toute son épaisseur. Aussi, fit-on l'hystérectomie supra-vaginale, et eut-on recours, parce que le tissu utérin au niveau de la surface de section du col ne paraissait pas, non plus, parfaitement normal, au traitement extra-péritonéal du pédicule.

La convalescence fut régulière. (*Société Obstétricale de Paris*, juin 1890.)



202. — Traitement galvanique de la blennorrhagie aiguë chez la femme. — M. le Dr L. PROCHOWNICK, de Hambourg, reprenant les expériences de MM. les Drs Apostoli et Laquerrière (de Paris), a mis en évidence l'action microbicide du pôle positif d'une pile. Pour lui, cette action serait due à l'action chimique que ce pôle exerce sur les substances au contact desquelles il se trouve : ce ne serait donc pas une action qui lui serait propre.

Il a appliqué cette action sur les micro-organismes au traitement de la blennorrhagie aiguë chez la femme. Cette affection se localise de préférence à la muqueuse du col utérin et c'est en cet endroit que l'on devra tenter de détruire le germe de la maladie. A cet effet, il se sert d'une sonde en cuivre d'une grosseur convenable, qui est introduite dans le canal cervical, en prenant toutes les précautions nécessaires à l'asepsie. Cette sonde est reliée au pôle négatif d'une pile de 80 à 120 milliampères et laissée en contact huit à dix minutes. Les séances sont répétées tous les jours ou tous les deux jours. Après chaque séance, la femme doit rester couchée une heure et demie à deux heures, et les rapports sexuels lui sont sévèrement interdits. La malade doit en outre faire deux fois par jour des injections vaginales avec une solution de sublimé ou de chlorure de zinc suivies d'injections à l'eau pure.

Trois à six applications galvaniques suffisent à faire disparaître

complètement les gonocoques et à transformer l'écoulement purulent en un simple écoulement séreux ; la guérison complète s'obtient au bout de six à dix séances.

Ce traitement peut être utilisé contre la blennorrhagie uréthrale, attendu que l'urèthre ne supporte pas de courant dépassant 30 à 40 milliampères, intensité trop faible pour détruire les gonocoques.

(*Rev. de. Thérap. méd. chir.*)

***

203. — L'antisepsie en obstétrique ; le sulfate de cuivre, par M. le professeur Tarnier. — Le sulfate de cuivre est depuis longtemps employé en agriculture pour éviter le développement de certaines maladies des végétaux. Les cultivateurs, avant de semer leur blé, le plongent dans un bain de vitriol bleu. Cette préparation, appelée *chaulage*, a pour effet de détruire les germes du charbon et de la carie du blé. Les viticulteurs ont suivi cet exemple : ils préparent avec le sulfate de cuivre un liquide connu sous le nom de bouillie bordelaise et en arrosent les ceps de vigne atteints par le mildew.

En chirurgie, l'usage du sulfate de cuivre pour le traitement des plaies remonte à la plus haute antiquité, ainsi que le rappelait dernièrement M. le professeur Laboulbène dans son cours sur l'histoire de la médecine. Plus près de nous, en 1863, le docteur Notta (de Lisieux) a préconisé, pour le traitement de certaines fistules, l'emploi de la liqueur vétérinaire de Villate qui contient beaucoup de sulfate de cuivre, et M. Nélaton en a obtenu de bons effets. Il ne faut, cependant, pas oublier que deux cas de mort très rapide ont été observés chez des enfants, l'un par M. le professeur Herrgott (de Nancy), l'autre par Heine, après une injection de liqueur de Villate.

Avec l'antisepsie, un nouvel intérêt s'est attaché au sulfate de cuivre. En 1872, O'Nial, dans des expériences faites avec du bouillon de bœuf, constatait que le sulfate de cuivre est un bon antiseptique, un peu inférieur, toutefois, à l'acide phénique. En 1881, Jalan de la Croix publia un tableau indiquant la puissance antiseptique de différentes substances, parmi lesquelles le sulfate de cuivre figure en très bon rang. Dans sa thèse inaugurale soutenue en 1883, M. le docteur Miquel range le sulfate de cuivre parmi les substances très fortement antiseptiques ; d'après lui, 90 centigrammes de ce sel suffisent pour s'opposer à la putréfaction d'un litre de bouillon de bœuf neutralisé.

Dans un travail publié en 1883, M. Riche dit qu'au laboratoire de M. Pasteur, le sulfate de cuivre est l'antiseptique employé de préférence, non seulement pour l'atténuation des virus, mais encore pour arrêter leur action dans certains liquides de culture. Paul Bert et M. Capitan ont expérimenté sur le virus de la morve et ont constaté qu'un décigramme de sulfate de cuivre stérilise un litre de bouillon virulent. M. Bochefontaine, dans des recherches publiées en novembre 1883, sur le pouvoir microbicide du sulfate de cuivre, n'a jamais vu des vibrions ou des bactéries se développer dans des solutions au 100e ou au 200e.

Arrivons maintenant à l'usage antiseptique du sulfate de cuivre en clinique obstétricale. Winckel est le premier accoucheur qui ait employé les injections antiseptiques de cuivre, à une dose variable entre 1 gramme et 30 grammes pour un litre d'eau. En 1883, M. Charpentier, sur les conseils de M. Chamberlant, a repris l'étude de cette question pendant qu'il remplaçait, à la Clinique, M. le professeur Pajot, et l'un de ses élèves, M. Marry, en a fait le sujet de sa thèse inaugurale, soutenue le 30 janvier 1884. Dans cette thèse, M. Marry décrit les expériences de laboratoire qu'il a faites et qui ont été contrôlées par M. Doléris ; ces expériences se rapportent à l'arrêt de la putréfaction sur des morceaux de placenta plongés dans une solution de sulfate de cuivre. M. Marry relate, en outre, un assez grand nombre d'observations cliniques. Ces expériences et ces observations sont très favorables à l'emploi du sulfate de cuivre comme antiseptique ; vous en trouverez le détail dans la thèse que je viens de citer.

Le 4 mars 1884, M. Charpentier lut, à l'Académie de médecine, un mémoire sur l'emploi du sulfate de cuivre en obstétrique, dans lequel il se loue beaucoup de cet antiseptique qu'il a employé, à la Clinique, chez 212 accouchées, avec les meilleurs résultats. C'est à la dose de 10 grammes par litre d'eau, que M. Charpentier, en 1883, employait le sulfate de cuivre, et c'est encore la même dose qu'il recommande actuellement : « Toutes nos malades, en un mot, prennent des injections vaginales : pendant les huit premiers jours, avec la solution de sublimé à 1 p. 2000 ; les huit jours qui suivent, avec la solution de sulfate de cuivre à 1 p. 100. » Dans son traité, à la page 1142 du tome II paru en 1890, M. Charpentier dit encore : « Nous nous servons toujours soit de la liqueur de Van Swieten dédoublée (1 p. 2000), soit du sulfate de cuivre à 1 p. 100, cela pendant les huit ou dix premiers jours. »

Après M. Charpentier, M. le docteur Debacker se montre aussi le partisan du sulfate de cuivre.

Malgré ces travaux, l'emploi du sulfate de cuivre comme antiseptique obstétrical est très peu répandu. J'ai cependant tenu à l'essayer ; voici dans quelles circonstances : au commencement de cette année, deux femmes de mon service, dont je vous ai longuement raconté l'observation dans ces leçons, furent gravement malades par intoxication après deux injections faites avec une solution de bichlorure de mercure à 20 centigrammes par litre ; l'une d'elles guérit, mais l'autre succomba. J'ai été très péniblement impressionné par ces faits, et sans vouloir renoncer au sublimé, qui m'a rendu de si grands et de si nombreux services depuis 1881, j'ai voulu expérimenter d'autres antiseptiques.

C'est ainsi que j'ai été amené à employer le sulfate de cuivre. Depuis le commencement de l'année, une de mes salles a donc été consacrée à cet antiseptique, tandis que, dans les autres salles, les malades étaient soignées avec le bichlorure de mercure, le bi iodure de mercure, l'acide phénique, le naphtol.

J'ai tout d'abord employé la solution de sulfate de cuivre à 1 p. 100 (10 grammes par litre d'eau), recommandée par M. Charpentier, mais les déceptions ne se firent pas attendre : les femmes supportaient mal leurs injections ; le contact du liquide était douloureux, il produisait une sensation de brûlure très désagréable, et quelques-unes de nos accouchées s'opposèrent à ce qu'on continuât, chez elles, l'emploi du sulfate de cuivre. Les infirmières aussi firent entendre des doléances, bien justifiées comme vous avez pu vous en rendre compte. Leurs mains, sous l'action du sulfate de cuivre, étaient devenues bleuâtres, œdématiées, rugueuses et sillonnées de crevasses. Je fus très surpris de voir de semblables altérations et je jugeai que le fait était assez intéressant pour mériter une présentation à l'Académie de médecine (séance du 28 janvier 1890). M. Fournier, qui examina les mains de l'infirmière la plus atteinte, déclara qu'il n'avait jamais rien vu de semblable. A ce sujet, je fis une enquête auprès du personnel qui était déjà à la Clinique en 1883, et j'appris qu'à cette époque les mains des infirmières étaient aussi endommagées par la sulfate de cuivre qu'elles le furent en 1890. C'est là un réel inconvénient, un véritable écueil pour l'emploi du sulfate de cuivre à 1 p. 100. Je crois même qu'en Belgique on a dû renoncer à l'emploi de cet antiseptique, devant les réclamations formulées par les sages-femmes.

A ce propos, je vous signalerai un autre fait du même genre. En 1885, le Comité consultatif d'hygiène recommanda le sulfate de cuivre pour la désinfection des objets contaminés par les cholériques et la désinfection des vaisseaux. On l'employa dans ce but à la dose considérable de 50 grammes par litre ; mais bientôt les matelots s'en plaignirent parce que leurs mains devenaient malades.

Me fallait-il donc abandonner l'emploi du sulfate de cuivre ? Avant de m'y résoudre, je voulus essayer une solution de moitié moins forte; j'employai donc le sulfate de cuivre à 5 p. 100, et j'observai attentivement, bien déterminé à l'abandonner, s'il n'avait pas à cette dose une énergie antiseptique suffisante. Un premier fait important fut noté : la solution de sulfate de cuivre à 5 p. 100 est bien supportée en injection, les femmes ne s'en plaignent pas ; de plus, elle n'irrite pas les mains des infirmières, et si elle les colore un peu, cette coloration disparaît vite au lavage. Il ne restait que le point, capital, il est vrai, de savoir si à ce degré de solution le sulfate de cuivre est suffisamment antiseptique. Or, l'expérience m'a pleinement satisfait et j'ai pu constater que les deux salles soumises au sublimé et au sulfate de cuivre étaient précisément celles qui présentaient le meilleur état sanitaire.

(*Jour. de Méd. de Paris.*)



204. — Potion contre les coliques menstruelles.

Acétate d'ammoniaque............	6	grammes.
Infusion de fleurs de sureau et coquelicots....................	120	—
Eau de fleurs d'oranger...........	14	—
Sirop de morphine.............	20	—

Mêlez. — 2 à 4 cuillerées par heure, contre les coliques qui précèdent ou accompagnent l'écoulement des règles.

(*L'Union médicale.*)



205. — Salicylate de soude dans la dysménorrhée. — Reynvedo et Haven ont obtenu d'excellents résultats de l'emploi du salicylate de soude dans la dysménorrhée. Ils pensent que cette

action est seulement passagère mais la diminution des douleurs est très marquée.

Ils donnent 50 centigrammes de ce sel trois fois par jour pendant la semaine qui précède l'écoulement cataménial, et après jusqu'à ce que les douleurs aient disparu complètement.

(*Boston méd. and sur. Journal.*)

* * *

206. — Traitement de la tympanite.

Naphtol............................ }	
Carbonate de magnésie............... }	ââ 5 gr.
Charbon de bois en poudre............ }	
Essence de menthe poivrée.............	X gouttes.

M. F. S. A. 18 cachets.

En prendre un cachet 2 fois par jour.

(*Méd. New*, 4 janvier 1890.)



207. — Traitement de la constipation.

Aloïne..................................	0.02
Sulfate de strychnine....................	0.0015
Extrait de belladone......................	0.006
Poudre d'ipéca...........................	0.03

F. S. A. 1 pilule.

Une pilule, le soir au coucher.

(*Méd. New*, 8 février 1890.)



208.— Prolapsus utérin total. avec prolapsus des parois vaginales rectrocèle et cystocèle traité par le massage. Guérison. — (Dr Jacobs de Bruxelles). A la fin d'avril 1890, mon excellent confrère le Dr Cooseman, de Droogenbosch, présenta à ma clinique la nommée Walscholt (Marie), âgée de 51 ans, primipare, atteinte de prolapsus complet des organes génitaux. C'est une personne de petite taille, fortement constituée. L'accouchement a eu lieu il y a 15 ans, sans difficultés aucune et sans suites fâcheuses. Il y y a 4 ans à la suite d'un effort musculaire, en soulevant une cuvette

remplie d'eau, elle fut atteinte brusquement d'un prolapsus complet des organes génitaux. On put pendant quelque temps le réduire, mais il se reproduisait. On lui fit porter des pessaires à deux reprises différentes, le premier s'échappa au bout de 24 heures, le second, une heure après avoir été placé.

A l'examen je constate : prolapsus utérin complet, en dehors des grandes lèvres, prolapsus des parois vaginales antérieure et postérieure, cystocèle et rectocèle. Du méat urinaire à l'orifice externe du col, je mesure 13 centimètres ; 9 centimètres 1/2 de ce même orifice à la fourchette. Le périnée est intact. Excoriations nombreuses au pourtour du col. La défécation et la miction sont très difficiles. Pour évacuer le contenu de la vessie je suis forcé d'employer une sonde molle de Nélaton. La matrice est petite, mesure 8 centimètres. Le col est hypertrophié.

La malade se refusant absolument à toute intervention opératoire, je me propose de la traiter par le massage. Elle entre à cet effet, en mai, à l'Institut chirurgical, et je commence le lendemain de son entrée les séances de massage et de gymnastique musculaire.

Depuis la première séance, *le prolapsus ne s'est plus reproduit*. La malade a gardé le lit trois semaines, et les séances de massage ont été renouvelées 7 fois. Aujourd'hui le prolapsus utérin a disparu, disparition également du prolapsus vaginal antérieur ainsi que de la cystocèle. Il ne subsiste plus qu'un peu de prolapsus postérieur. La malade marche, court, etc., sans le moindre inconvénient. J'aurai l'occasion de revenir sur ce cas, car je suivrai la malade pendant quelques mois encore. Je tiens à noter que ce résultat a été contrôlé par les docteurs Cooseman, Hicguet, Hendrix, Carlot, Lebon et Gilion.

(*La Clinique*).

FORMULAIRE

—

Traitement du varicocèle tubo-ovarien par le capsicum annuum et l'hamamelis virginica. (Jules Chéron).

Le varicocèle tubo-ovarien n'est pas très fréquent, cependant il ne se passe guère d'année sans que j'aie l'occasion d'en observer quelques cas très nets. Il est donc utile d'attirer l'attention sur le traite-

ment de cette affection, d'autant plus que ce traitement est très efficace et permet d'obtenir presque toujours une guérison rapide.

Il s'agit le plus souvent de malades qui viennent consulter pour des pesanteurs et des brûlures dans le ventre et pour des ménorrhagies plus ou moins intenses. L'affection remonte ordinairement à un accouchement qui a laissé à sa suite des varices des membres inférieurs, des hémorrhoïdes, quelquefois même des varices vulvaires et des varices du col de l'utérus. On trouve l'utérus lourd, congestionné et, dans les culs-de-sac latéraux, on sent, à l'examen bi-manuel, une tuméfaction semi-fluctuante, donnant la sensation d'un paquet de sangsues ; la tuméfaction, indépendante de l'utérus, diminue notablement de volume par la pression des deux mains et reprend rapidement son volume antérieur dès qu'on cesse la compression. Si on met la malade en observation, on note l'augmentation notable de volume de cette tuméfaction à l'approche des règles et sa réduction incomplète pendant l'écoulement menstruel.

Le traitement que je conseille, dans ces cas, est le suivant :

1° Injections vaginales chaudes, matin et soir ;

2° Prendre, au milieu de chaque repas, une des pilules suivantes :

Poudre de capsicum annuum fraîchement préparée 5 gr. en trente pilules.

3° Prendre, trois fois par jour, dans un peu d'eau de dix à vingt gouttes de la teinture suivante :

Teinture d'hamamelis virginica............... 20 gr.

Nos lecteurs connaissent l'efficacité remarquable du capsicum annuum et de l'hamamelis virginica dans les varices en général et j'ai montré ailleurs leur utilité dans les congestions chroniques de l'utérus. En combinant ces deux médicaments avec les injections chaudes, on obtient, en quelques semaines, la disparition du varicocèle tubo-ovarien et de la congestion utéro-ovarienne qui l'accompagne ; les métrorrhagies sont ainsi supprimées, de même que les sensations de brûlure et de pesanteur dans le bassin. Enfin s'il existe, comme c'est l'habitude, des hémorrhoïdes et des varices des membres inférieurs, on finit par s'en rendre maître en continuant le même traitement pendant quelques mois, mais ces dernières résistent beaucoup plus que le varicocèle tubo-ovarien dont la disparition est rapide.

Directeur-Gérant, Dr J. CHÉRON.

Clermont Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

L'INFLUENCE DU TRAITEMENT DES CYSTITES SUR LES PYÉLO-NÉPHRITES COMPARÉE A CELLE DU TRAITEMENT DE L'ENDOMÉTRITE SUR LES SALPINGITES.

Le traitement de l'endométrite primitive est toujours un moyen d'atténuation et souvent un moyen de guérison des salpingites consécutives à l'infection intra-utérine. L'observation journalière nous en fournit la preuve depuis que la méthode de M. Walton est employée dans de larges mesures. La théorie en a été donnée, d'une façon très satisfaisante, dans ce journal, par M. le Dr Chéron. En s'appuyant sur les recherches bactériologiques les plus sérieuses, mon savant maître a établi que l'infection s'éteint d'elle-même dans les trompes (cavités closes qui sont de mauvais milieux de culture pour les germes pathogènes), à moins qu'elles ne soient périodiquement envahies par de nouvelles colonies microbiennes parties de la cavité utérine.

Bien que le nombre des partisans de la thérapeutique intra-utérine, dans le cas d'inflammations des annexes, augmente chaque jour, il reste encore, il faut bien l'avouer, beaucoup de gynécologistes, et non des plus obscurs, qui se refusent à admettre, au nom des règles de la chirurgie générale, le mode de traitement dont nous parlons. Cette Revue a pour but de répondre à cette dernière objection.

S'il est un système qui puisse être légitimement comparé au système génital de la femme, au point de vue de l'infection, c'est le système urinaire, avec cette différence, toutefois, qu'il existe des néphrites infectieuses primitives, tandis qu'il n'y a pas de salpingo-ovaro-péritonites primitives, différence tenant à la fonction excrémentitielle du filtre rénal. Aussi, ne doit-on comparer que les infections urinaires ascendantes avec les infections génitales.

Dans l'ordre des faits auquel je restreins la discussion on peut dire que :

Uréthrite = Vaginite (et Endocervicite ?),
Cystite = Endométrite,
Urétérite = Salpingite,
Pyélo-néphrite = Salpingo-ovaro-péritonite,

ou, pour parler en français, que l'uréthrite est l'analogue de la vaginite ; la cystite l'analogue de l'endométrite ; l'urétérite, de la salpingite ; et la pyélo-néphrite, de la salpingo-ovaro-péritonite.

Or, ce n'est pas sans une vive satisfaction que j'ai vu récemment (1) M. Guyon, dont l'autorité est, à juste titre, hors de toute contestation, mettre en relief l'influence du traitement des cystites sur les pyélo-néphrites.

Je voudrais pouvoir citer toute cette leçon magistrale, je suis malheureusement forcé de me borner à reproduire les points les plus importants pour nos lecteurs.

Voici d'abord l'un des faits rapportés par M. Guyon, pour démontrer l'influence que peut avoir le traitement d'une cystite sur l'état du rein (2) :

« Cette femme, dit-il, est entrée le 5 juin pour des troubles urinaires qui dataient d'environ dix-huit mois. Rien dans ses antécé-

(1) GUYON. De l'influence du traitement des cystites sur les pyélo-néphrites. (*La Semaine médicale*, 3 sept. 1890.)

(2) Je reproduis cette observation presque *in extenso*, malgré sa longueur, d'abord parce qu'elle est donnée comme exemple par l'auteur et aussi parce qu'elle peut servir de type clinique de ces infections urinaires ascendantes chez la femme, que le gynécologiste est forcé de bien connaître.

(J. B.)

dents héréditaires ni personnels ne nous a permis de remonter à l'origine de ces troubles urinaires et de reconnaître la cause qui leur avait donné naissance. Cette malade n'a pas de tuberculeux autour d'elle, ni dans sa famille ; nous n'avons pas non plus trouvé chez elle trace de scrofule ; elle a eu trois fausses couches et deux grossesses à terme, la dernière datant de cinq ans. Il y a dix-huit mois, elle a eu des accidents de cystite. Pourquoi a-t-elle fait cette cystite ? Nous n'en savons rien : il arrive fréquemment de voir des sujets, surtout des femmes dont les voies urinaires suppurent, sans que l'on puisse savoir pourquoi ; ces suppurations paraissent venir spontanément ; ce n'est là qu'une apparence, bien entendu ; j'ai insisté autrefois sur cette question. L'urèthre, chez la femme, est court ; il s'infecte facilement, les gonocoques peuvent y séjourner longtemps, sans dénoter leur présence par des symptômes bien marqués, puis un beau jour la vessie est envahie. Chez notre malade nous n'avons trouvé, dans ses urines, ni gonocoques, ni bacilles tuberculeux, mais ces résultats négatifs ne m'étonnent pas ; ils sont communs dans les investigations faites au sujet des femmes.

Quoi qu'il en soit, chez notre malade, ce sont les troubles vésicaux qui ont débuté : il y a dix-huit mois les mictions devinrent plus fréquentes, en même temps qu'elles étaient douloureuses ; elles étaient plus fréquentes la nuit que le jour et cette fréquence augmentait encore par la fatigue ; pendant six à huit mois, ces accidents n'avaient rien d'excessif ; peu à peu le nombre des mictions augmenta encore ; cette femme arriva à uriner trente fois par jour, et la vessie devint douloureuse spontanément, en dehors même de l'émission de l'urine, à la suite d'une marche un peu prolongée par exemple.

Cette femme a remarqué que, dès le début, ses urines étaient troubles ; cet état des urines, la fréquence des mictions, la douleur en urinant montrent bien que ce sont les accidents vésicaux qui ont ouvert la scène.

Le 5 juin, au moment où la malade entra dans notre service, les accidents étaient arrivés à un degré d'acuité très avancé ; nous avons trouvé chez elle une de ces cystites pseudo-membraneuses, comme on en voit se développer quand une poussée aiguë vient se greffer sur un état chronique. La vessie était sensible à tous les modes d'exploration ; cependant elle se laissait encore relativement distendre, puisqu'elle admettait 120 grammes de liquide ; elle renfermait quelques petits calculs phosphatiques. Nous trouvâmes le rein droit abaissé et nota-

blement augmenté de volume ; son extrémité supérieure était cachée sous les côtes, et son extrémité inférieure descendait jusque dans la fosse iliaque ; d'autre part, son bord interne arrivait à la ligne ombilicale, tandis qu'on sentait le bord externe dans le flanc, au contact de la région lombaire.

Sans instituer immédiatement un traitement local du côté du rein, tout en nous demandant s'il ne faudrait pas arriver plus tard à inciser cet organe, nous nous occupâmes de traiter la vessie ; nous avons pratiqué des lavages au nitrate d'argent alternant avec d'autres lavages au chlorure de sodium, et très rapidement nous avons obtenu une amélioration notable ; les mictions étaient beaucoup moins fréquentes et ne provoquaient plus de douleurs ; d'autre part, la vessie, qui ne contenait primitivement que 120 grammes de liquide, en admettait, après quelques jours, 350. Pendant ce temps le rein diminuait progressivement de volume ; en l'explorant par la méthode du ballottement, qui est la meilleure méthode d'exploration du rein, nous avons vu son bord inférieur quitter la fosse iliaque, et son bord interne s'éloigner de la ligne médiane, dont il est maintenant distant de 3 centimètres ; je puis ainsi affirmer qu'il a considérablement diminué d'épaisseur. Ce rein diminue de volume et va continuer à diminuer, parce que cette diminution se fait progressivement. Ici, il s'agit d'une diminution progressive qui semble promettre d'être définitive ; certes, elle n'est pas encore assez accusée pour que nous puissions affirmer dès maintenant que l'incision du rein ne sera pas nécessaire, mais elle nous permet au moins d'avoir confiance. »

J'ai hâte d'en arriver aux conclusions de M. Guyon. Les voici :

« J'ai voulu vous montrer ces faits parce que je les crois très intéressants ; cependant il ne faut pas vous faire d'illusion et penser que vous transformerez une grosse pyo-néphrose en pyélite par le seul traitement vésical, dans tous les cas ; l'incision du rein sera parfois nécessaire ; ce à quoi vous arriverez surtout, ce sera à empêcher la formation des pyonéphroses, la rétention du pus dans le rein, et vous permettrez même, de cette façon, à certains malades, de continuer leurs occupations pendant longtemps sans toucher au rein.

« Si cette question a une très grande portée pour les pyo-néphroses, elle a une importance non moins grande pour les néphrites.

D'après tout ce que je viens de vous dire, rappelez-vous que, si vous voulez aller au secours de l'appareil rénal, c'est à l'action intra-vésicale qu'il faut recourir ; il faut modifier la vessie par des moyens simples : lavages, injections, s'ils sont suffisants, et ne pas hésiter à avoir recours à la cystotomie si c'est nécessaire : vous pourrez éviter ainsi des complications graves et vous dispenser d'opérations plus sérieuses ; vous procurerez à vos malades de longues rémissions, pendant lesquelles ils pourront même, comme une de nos femmes, sortir de l'hôpital et vaquer à leurs affaires.

« Dans la chirurgie des voies urinaires, tout se tient, tout s'enchaîne ; de même que l'urèthre commande à la vessie, de même la vessie est gardienne des uretères et du rein ; c'est pour cela que dans le cas d'infection urineuse consécutive au rétrécissement des l'urèthre, il faut faire l'uréthrotomie malgré la fièvre... c'est pour cela aussi que, connaissant les voies de propagation des agents d'infection, vous soignerez la vessie pour empêcher l'envahissement des uretères et si plus tard l'uretère est infecté et le rein pris à son tour, connaissant l'influence de l'état vésical sur le rein, vous traiterez d'abord la vessie avant d'avoir recours à des opérations plus dangereuses. »

Appliquant strictement et logiquement les conclusions de M. Guyon à la gynécologie, nous devons conclure à notre tour :

Dans la chirurgie gynécologique, tout se tient, tout s'enchaîne. C'est pourquoi il faut traiter les vulvo-vaginites, par des moyens énergiques, dès leur apparition, pour éviter les propagations à l'appareil génital interne. L'endo-cervicite avec sténose doit être traitée avec autant de soin que le rétrécissement de l'urèthre, la sténose de l'orifice externe jouant, en gynécologie, le même rôle que le rétrécissement de l'urèthre en pathologie urinaire. L'endométrite est la lésion la plus importante à éviter et à combattre, de même que la cystite commande les pyélo-néphrites, les lavages, les pansements intra-utérins antiseptiques seront employés d'abord et, s'ils ne suffisent pas, on n'hésitera pas à pratiquer le curettage; cette opération est le pendant de la cysto-

tomie (1). Par le traitement de l'endométrite on améliorera toujours et on guérira souvent les salpingites, et on évitera les rechutes de pelvipéritonite consécutive. Dans les cas rares où le curettage n'aura rien donné, on devra recourir de préférence à l'incision des collections tubo-ovariennes (de même que M. Guyon préconise la néphrotomie et non la néphrectomie) et la castration ne devra être pratiquée que si les méthodes précédentes ne peuvent être utilisées, ce qui est exceptionnel.

C'est, en résumé, la ligne de conduite que nous avons toujours conseillée dans ce journal ; pour ma part, je lui ai toujours vu donner de bons résultats et, à ce seul titre, elle méritait d'être défendue. Je suis heureux cependant d'avoir pu démontrer qu'elle est rigoureusement conforme à la pratique parallèle d'un clinicien de très haute valeur, dont je m'honore d'avoir suivi le service, quand je commençais mes études médicales. Peut-être la conviction avec laquelle j'ai rompu des lances (1) en faveur de la thérapeutique intra-utérine, dans le cas d'inflammation des annexes, a-t-elle sa cause lointaine et méconnue jusqu'ici de moi-même,

(1) On pourrait objecter que l'uretère n'est pas oblitéré à son entrée dans la vessie, alors que, dans les cas de salpingite, la partie interne de la trompe est absolument close.

Il faut se rendre compte de ce fait qu'il ne s'agit presque jamais d'oblitération complète de la partie interne de la trompe, mais d'une simple obstruction de son trajet utérin par le gonflement de la muqueuse enflammée et d'une obstruction de l'*ostium uterinum* par les fongosités qui sont souvent volumineuses en ce point. La dilatation de l'utérus suffit à désobstruer le trajet utérin de la trompe et la curette permet de dégager complètement l'*ostium uterinum*. Il y a du reste des cas où le traitement direct s'impose. Voir à ce sujet notre Revue sur le traitement des abcès pelviens. J. B.

(2) Voir *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*, sept. 1888 : *La dilatation artificielle comme moyen d'évacuation des kystes tubaires.— Id.*, août 1889 : *Des abus de la castration chez la femme.— Id.*, sept. 1889. *Les indications du raclage de l'utérus.— Id.* nov. 1889 : *L'ablation des annexes est-elle utile au point de vue de la guérison de l'hystéro-épilepsie ? Observation. — Id.* juillet 1890. *Le traitement des abcès tubo-ovariens à l'Académie de médecine et à la Société de Chirurgie.*

dans l'impression profonde laissée dans mon esprit par les premiers préceptes que j'ai recueillis à la clinique de Necker.

Jules Batuaud.

LE DRAINAGE DE LA CAVITÉ UTÉRINE

Par les voies naturelles,

Par le Dr Jules Chéron, Médecin de Saint-Lazare.

(*Suite.*)

—

C. *Congestion chronique de l'appareil utéro-ovarien.* — Après ce que nous avons vu de l'action décongestionnante du drainage de la cavité utérine, j'aurais peu de chose à dire sur l'emploi de ce moyen dans la congestion chronique de l'appareil utéro-ovarien, si l'importance de cet état morbide n'était étrangement méconnue de nos jours. Ne voyons-nous pas des traités récents de gynécologie, excellents sous bien des rapports et signés des noms les plus estimés à l'étranger, passer complètement sous silence la congestion utérine? En France même, où les idées d'Aran auraient mérité de laisser des traces plus durables, il semble que la conception si juste de notre compatriote ne rencontre plus que des indifférents ou des détracteurs, malgré tous les efforts faits par Courty pour la tirer de l'oubli. A lire nos travaux les plus complets et notamment les articles de nos grands dictionnaires de médecine sur la pathologie utérine, on croirait que la congestion chronique ne joue qu'un rôle effacé dans la genèse des maladies de l'appareil génital de la femme, qu'elle n'existe jamais à l'état isolé, et que les inflammations, les tumeurs, les vices de développement et les déviations représentent les seuls états pathologiques dont il y ait à tenir compte.

En soulevant cette discussion, je m'écarte si peu de mon sujet que, je n'hésite pas à le déclarer, l'utilité du drainage tel

que je l'ai institué, résulte au moins autant, à mon avis, de son action décongestive que de son action de drainage proprement dit. En d'autres termes, quelque avantage qu'il y ait à maintenir une dilatation permanente de l'axe cervico-utérin et à rendre ainsi facile l'écoulement en dehors des sécrétions utérines à mesure qu'elles se forment, il n'est pas moins utile d'avoir à sa disposition un moyen qui, d'une façon continue, agit sur les centres d'innervation vaso-motrice de l'appareil utéro-ovarien, fait cesser la stase, active la circulation sanguine et dégorge les lymphatiques utérins et péri-utérins.

La plupart des moyens décongestifs que nous possédions jusqu'à ce jour avaient besoin d'être fréquemment renouvelés pour éviter la réaction et par suite un afflux sanguin plus considérable encore qu'avant l'intervention thérapeutique. Avec le drainage, une fois la période déplétive (pendant laquelle l'irritation peut être vive et mérite d'être surveillée et modérée au besoin), une fois la période déplétive terminée, la décongestion réflexe est obtenue progressivement et d'une manière continue jusqu'à ce que le muscle utérin, ayant reconquis toute sa vitalité et toute sa contractilité, chasse le drain comme un corps étranger devenu complètement inutile.

Dans mes cours à l'Ecole pratique, en 1879 (1), j'ai essayé de réagir contre la tendance fâcheuse des gynécologistes contemporains à nier ou tout au moins à négliger la congestion, et j'ai avancé cette proposition que la congestion utérine est le *punctum initium*, le premier terme de toutes les affections de l'utérus. A mesure que mon expérience a augmenté j'ai senti ma conviction, à ce sujet, s'affermir encore davantage et, l'année dernière, j'ai développé longuement cette question dans une série de leçons sur la Pathogénie des affections utérines (2). Ce n'est pas ici le lieu de reproduire tous les argu-

(1) *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*, mai 1879 et les numéros suivants.

(2) *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*, mars et avril 1887.

ments qui plaident en faveur de cette manière de voir, aussi je suis forcé de renvoyer le lecteur aux leçons que je viens de rappeler.

Qu'il me suffise de dire que, si la congestion chronique de l'appareil utéro-ovarien joue un rôle prépondérant dans la genèse des affections de l'appareil génital de la femme, le drainage, qui la combat d'une manière si efficace, est appelé à devenir un mode de traitement prophylactique de premier ordre contre le développement de ces affections. Il n'y a qu'une variété de congestion chronique, la congestion hémorrhagique, qui ne soit pas justiciable du drainage, mais c'est aussi la plus rare de toutes et celle qui a le moins de tendance à résister aux moyens thérapeutiques ordinaires.

Mais ce n'est qu'une des phases de la question ; c'en est le côté le plus séduisant ; mais malheureusement c'en est aussi le côté le moins pratique, les malades ne venant guère demander des soins au début de l'affection mais bien lorsqu'il existe déjà des lésions de texture plus ou moins avancées.

Est-ce à dire pour cela que le rôle de la congestion de l'appareil utéro-ovarien soit terminé ? Nullement, et la congestion persiste toujours, elle est un des éléments morbides qu'il faut combattre avec le plus de persévérance, car elle est la plus grande cause de la chronicité et de la résistance aux moyens thérapeutiques de toutes les lésions plus avancées. Il est exceptionnel, par exemple, qu'on ait à soigner une endométrite qui ne soit pas accompagnée de congestion du parenchyme utérin ; enlever la muqueuse altérée sans se préoccuper de la congestion utérine concomitante, c'est s'exposer à une récidive à brève échéance. Au contraire, la guérison sera durable si on a su se rendre maître au préalable de la congestion qui a préparé les lésions de la muqueuse.

Le drainage de la cavité utérine permet de remplir cette indication. Ici, comme pour la dysménorrhée, c'est au drain en anse que je conseille de recourir, puisque l'action de contact n'a pas besoin d'être énergique et que c'est surtout l'ac-

tion décongestionnante réflexe qu'il est utile de solliciter.

D. *Congestion utérine chronique.* — Après avoir envisagé le rôle de la congestion chronique de l'appareil utéro-ovarien comme point de départ de toutes les affections utérines, comme lésion concomitante et cause de récidive de ces mêmes affections, je dois parler du drainage dans la congestion utérine chronique considérée comme entité morbide.

Disparaissant en grande partie après la mort, elle a été niée par les anatomo-pathologistes ; mais son existence ne saurait être mise en doute par ceux qui ont examiné un certain nombre de malades, car elle est des plus fréquentes. Qui n'a vu de ces utérus injectés, ramollis, augmentés de volume, d'une flexibilité anormale surtout au niveau du corps, avec un col mou, violacé, lie de vin, donnant issue, par des scarifications légères, à du sang veineux et noirâtre ? Si l'on introduit un hystéromètre dans la cavité utérine dont la muqueuse semble pâteuse tellement elle est tuméfiée et épaissie, et si on le fait tourner en différents sens de façon à exciter la muqueuse, on voit le col pâlir, prendre peu à peu une teinte rouge, puis rosée pendant que son volume diminue d'une façon appréciable à la vue et au cervicimètre. Dans ces conditions, le mot métrite me semble inacceptable et il s'agit bien plutôt, à mon avis, d'une congestion utérine chronique.

Pour combattre un tel état, nous possédions, jusqu'à ce jour, des moyens rationnels tels que les scarifications, les pansements glycérinés et les injections vaginales chaudes, l'hydrothérapie, etc.; mais leur emploi, toujours suivi d'une amélioration sensible, surtout lorsqu'on leur associe la médication spinale, ne produit pas ordinairement une guérison complète et durable. C'est qu'ici, la difficulté est beaucoup plus grande que pour tout autre organe de l'économie, car les conditions anatomiques et mécaniques les plus fâcheuses s'associent entre elles pour entretenir et perpétuer la congestion utérine, en dépit de tous nos efforts pour la combattre.

Le système vasculaire de l'utérus est très développé. Son

système veineux, qui l'emporte beaucoup en importance sur le système artériel, présente des vaisseaux privés de valvules dont les parois sont incapables de réagir sur la masse sanguine qui les distend. L'organe est soumis à des congestions physiologiques menstruelles qui viennent aggraver les lésions préexistantes et, à chaque grossesse, il subit des modifications de texture qui augmentent encore l'ampleur de son système vasculaire. A toutes ces raisons, il faut ajouter la position fâcheuse de la matrice à la partie inférieure du tronc, où elle est écrasée sous le poids des viscères abdominaux qui engorgent sa circulation de retour.

Il y avait donc lieu, sans négliger la thérapeutique habituelle de la congestion utérine, de rechercher un mode de traitement plus efficace, et, d'après ce que je viens de dire, le succès ne pouvait être obtenu rapidement que par un décongestif agissant d'une façon permanente et susceptible d'être supporté pendant tout le temps nécessaire sans aucune interruption, même pendant les époques, puisque celles-ci ont une tendance naturelle à aggraver la congestion utérine.

Jusqu'ici le drainage de la cavité utérine représente le seul procédé thérapeutique remplissant toutes les conditions que je viens d'énumérer. Les injections vaginales chaudes assez prolongées et assez répétées pour que la réaction congestive ne se produise pas dans l'intervalle de chacune d'elles pourraient lui être comparées comme efficacité et j'en ai retiré les plus grands bénéfices, mais combien elles sont d'un emploi plus difficile? Il faut une installation et ces soins comportent une perte de temps notable. Après huit jours de repos au lit, le drain ne demande au contraire aucun soin particulier, si ce n'est d'éviter les fatigues excessives. A cet avantage, il faut en ajouter un autre plus scientifique : dans le drainage, on sollicite en quelque sorte l'utérus à donner son avis sur l'opportunité du traitement ; si le drain est trop irritant, des coliques plus violentes et plus tenaces viennent avertir que l'on a dépassé la mesure ; si la guérison est obtenue, le muscle utérin a repris sa contractilité normale et chasse le corps

étranger qu'il contient. Lorsqu'on soumet les malades aux irrigations vaginales, il n'en va pas ainsi et ce n'est que par une diminution progressive de la menstruation qu'on peut se rendre compte qu'il est grand temps de cesser le traitement. J'ai vu une jeune dame qui avait employé les irrigations chaudes pour une sub-involution, état où la congestion joue un rôle important, et qui d'abord en avait obtenu les meilleurs résultats ; malheureusement elles ne furent pas interrompues à temps, et, lorsque je fus appelé à la soigner, l'utérus était en véritable atrophie, la menstruation s'était supprimée et était remplacée par des hématémèses inquiétantes.

Avec le drainage, des accidents semblables ne pourraient survenir que si on l'employait, avec une persistance barbare, « car il serait très difficile de le faire tolérer » et contre toute indication.

Les observations de congestion utérine traitée par le drainage ont été reportées aux chapitres : Aménorrhée (obs. III, IV, V, VI), et dysménorrhée (obs. XVII, XVIII, XIX, XX), congestive, etc., etc., je ne puis qu'y renvoyer le lecteur de même qu'à la partie de ce travail où j'ai longuement parlé de l'action décongestionnante du drainage.

E. Période d'infiltration de la métrite parenchymateuse chronique. — Tous les auteurs admettent la division, proposée par Scanzoni, de la métrite parenchymateuse en deux périodes : la première, période d'infiltration ou de ramollissement ; la seconde, période d'induration ou de sclérose. Dans cette période ultime, où l'on trouve des lésions de tout point comparables aux lésions de la sclérose hépatique et de la sclérose rénale, où l'on a affaire à un tissu anémié, d'une induration presque cartilagineuse et criant sous le scalpel quand on pratique une coupe de l'organe, le seul mode de traitement qui puisse donner des résultats est l'ignipuncture profonde du col suivant la méthode que j'ai imaginée, il y a plus de 18 ans, et qui a été décrite par deux de mes élèves M. Gon-

zalès (1) et M. Jules Batuaud (2), autrefois interne à Saint-Lazare. On comprend sans peine que le drainage de la cavité utérine n'est nullement indiqué contre des lésions semblables et qu'il ne saurait avoir aucune action sur les proliférations organisées qui enserrent les vaisseaux, en réduisent la lumière, et étouffent les éléments musculaires du parenchyme utérin.

Mais le drainage reprend toute sa valeur dans la première période de la métrite chronique, beaucoup plus fréquente heureusement que la période scléreuse confirmée. Pendant la première période, en effet, le tissu utérin est mou, gorgé de sucs rougeâtres et laisse écouler à la coupe une grande quantité de sang; la muqueuse est elle-même gonflée, épaissie et violacée. En somme, l'aspect clinique est tel que Scanzoni confondait à dessein la congestion chronique et la période d'infiltration de la métrite chronique. Il doit cependant exister des différences entre ces deux états, sinon au point de vue clinique, au moins au point de vue histologique. Voici, en effet, ce que disent Cornil et Rouvier (3) : « A l'examen histologique de la métrite parenchymateuse au début, on trouve une grande quantité d'éléments embryonnaires dans toute l'épaisseur de la paroi de l'utérus. Ces cellules se rencontrent surtout autour des vaisseaux qui sont très dilatés. » Il y a donc lieu, d'après cela, d'admettre trois phases :

1° Une phase d'hypérémie simple, *congestion utérine chronique.*

2° Une phase d'hypérémie avec diapédèse des cellules, migration autour des vaisseaux dilatés et prolifération d'éléments embryonnaires, *période d'infiltration de la métrite chronique.*

(1) Manuel Gonzalès. Indications et contre-indications de l'ignipuncture du col de l'utérus. Thèse de Paris, 1884, et *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes,* octobre, novembre et décembre 1884.

(2) Jules Batuaud. De l'ignipuncture profonde du col de l'utérus. *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes,* janvier 1889.

3) Cornil et Ranvier. Manuel d'histologie pathologique, 2e édition. Paris 1884, tome 2, fasc. 2, p. 712.

3° Enfin une phase d'organisation de ces éléments embryonnaires en tissu conjonctif adulte, *sclérose utérine*, *période* d'*induration de la métrite chronique*.

Nous avons vu que le drainage est tout-puissant dans la première phase ; dans la seconde il peut encore amener la guérison complète. En effet, il arrête l'extension des lésions préexistantes en mettant un terme à la stase sanguine qui favorise à un si haut degré la diapédèse des globules blancs. Mais là ne s'arrête pas son action. Par lui, la contractilité des fibres musculaires est éveillée et le premier effet est de s'opposer à leur dégénérescence. Puis, au bout de quelques semaines, nous voyons l'utérus diminuer de volume, devenir plus ferme et plus consistant ; qu'est-ce à dire, sinon qu'il s'est débarrassé des sucs plastiques qui l'engorgeaient, ou, pour employer un langage plus moderne, qu'il a laissé résorber, par la double voie sanguine et lymphatique, les éléments embryonnaires infiltrés autour de ses vaisseaux et au milieu de son tissu ? Si l'on songe à l'importance de la circulation veineuse et de la circulation lymphatique de la matrice, il n'y a pas lieu de s'étonner d'un résultat semblable.

Déjà lorsque j'employais les courants continus (1) dans la métrite chronique, j'avais constaté cette résorption des sucs plastiques par la mise en jeu de la contractilité du muscle utérin ; le drainage peut lui être comparé sous ce rapport, mais sa supériorité est évidente, car il agit d'une façon continue alors que les applications galvaniques étaient forcément de courte durée et éloignées de plusieurs jours les unes des autres. Il est donc bien rationnel de voir dans le drainage autre chose qu'un moyen décongestif puissant ; c'est pourquoi je n'ai pas craint de séparer nettement la congestion chronique et la période d'infiltration de la métrite parenchymateuse, sans me dissimuler toutefois combien il est difficile de séparer clinique-

(1) Jules Chéron. De la valeur thérapeutique des courants continus dans la métrite chronique. *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*, Mai 1880.

ment ces deux états morbides. Dans l'un et l'autre cas, le drainage est appelé à rendre les plus grands services, mais, je le répète, il n'a rien à faire dans la période d'induration ou de sclérose de la métrite parenchymateuse.

J'ai employé le drainage dans sept cas de métrite chronique à la période d'infiltration. Si les observations de cette affection ne sont pas plus nombreuses dans ce travail, c'est que je ne veux pas parler ici des subinvolutions de l'utérus, plus ou moins compliquées de métrite, dont on trouvera de nombreux faits épars dans ce mémoire. Je n'ai en vue pour le moment que les métrites chroniques survenues chez des nullipares et encore ai-je dû choisir celles qui ne s'accompagnaient pas de lésions notables de la muqueuse cervico-utérine, car alors l'endométrite aurait représenté, à mon avis du moins, l'altération capitale et la plus importante à guérir. Nous verrons, du reste, plus loin que le drainage est d'une réelle utilité aussi bien dans les sub-involutions que dans les endométrites; ce n'est que pour la clarté de l'exposition que j'ai cru devoir séparer des lésions qui sont le plus souvent associées et réunies chez les mêmes malades.

Observation XXI (1) résumée.

Métrite chronique à la période d'infiltration chez une nullipare. Drainage. — Guérison.

Émerance L..., 22 ans, bonne d'enfants, entre dans le service de M. Chéron, le 18 janvier 1885 ; n'a jamais eu d'enfant, ni de fausse couche.

Elle a eu deux fois des pertes abondantes, pendant quatre ou cinq mois à la suite de suppression de règles.

La menstruation a toujours été irrégulière.

La malade a des pertes blanches peu abondantes.

Au toucher : utérus volumineux et peu douloureux. Au spéculum, col œdématié, laissant écouler un liquide séro-purulent. Le cathétérisme donne une longueur de 75 millimètres, et la sonde joue

(1) Publiée dans la thèse de M. Reilhac.

facilement dans la cavité. Rien ne fait présumer la présence d'un fibrôme.

Le 15 janvier, introduction d'un drain (en érigne), suivie des phénomènes ordinaires : coliques, écoulement séro-sanguin violent (1), puis muco-purulent. Le col est devenu violacé et serre énergiquement le drain.

Les règles surviennent sans encombre et ne durent que trois jours.

Vers le commencement de mars, l'écoulement devient moins abondant, la coloration et le volume du col diminuent.

Nouvelle époque normale.

Dans la première semaine d'avril l'écoulement a cessé. Le drain est enlevé. La cavité a diminué de 6 millimètres. La température intra-utérine est de 37,9.

Le malade sort de l'hôpital le 9 avril 1885.

Observation XXII.

Métrite chronique à la période d'infiltration chez une nullipare. Drainage. — Guérison.

Elise..., 25 ans, fille soumise, entre dans mon service de Saint-Lazare pour des syphilides buccales et pharyngées, le 5 mars 1886.

C'est une forte femme qui a toujours joui d'une excellente santé et n'a jamais eu de maladie l'obligeant à garder le lit.

Réglée à 13 ans 1/2, régulièrement dès le début, règles non douloureuses, durant trois jours, abondantes. Quelques pertes blanches les jours qui précèdent et ceux qui suivent la menstruation.

Déflorée à 18 ans ; ni enfant ni fausse couche.

Depuis deux ans, sans autre cause que des excès génésiques continus, la malade a éprouvé des douleurs dans les reins, dans le ventre, et au niveau des aines. Sensation de pesanteur dans le bas-ventre. Envies fréquentes d'uriner, sans que la miction soit douloureuse. Constipation habituelle. Flueurs blanches peu abondantes. Parfois les rapports sexuels sont douloureux, mais cela depuis quelques mois seulement.

A l'examen : utérus mollasse, lourd, en position normale, orifice

(1) Il s'agissait d'un drain en érigne, le premier que j'aie employé ; maintenant, je place, dans les cas de ce genre, des drains en anse, comme dans l'observation XXII.

externe du col ni déchiré ni sténosé ; le museau de tanche est sensible à la pression, de même que le fond de l'utérus.

Au spéculum, le col est violacé, marbré par places.

Pas d'ectropion du canal cervical.

Le cathétérisme n'est pas douloureux ; l'isthme est fermé.

La longueur de l'utérus est de 6 cent. et demi ; la cavité utérine est à peine agrandie ; l'hystérométrie se fait sans ramener une goutte de sang, ce qui prouve, ainsi que l'absence de sensibilité et l'état ferme de la muqueuse, que cette dernière est peu altérée.

Température utérine : 38°8.

Diagnostic : *Métrite chronique à la période d'infiltration.*

Séance tenante, après la dilatation du canal cervical, je place un drain en anse dans la cavité utérine, et j'applique un pansement glycériné sur le col.

Repos de quatre jours au lit. Potion au bromure de potassium et à la teinture d'aconit. Dans la journée il y a quelques coliques utérines, mais la malade n'est pas réveillée pendant la nuit. Ecoulement muco-purulent peu abondant. Frictions sédatives, contre les douleurs de reins, avec un mélange de chloroforme, d'éther et d'alcool camphré. Dix jours après, les règles surviennent sans douleurs ; elles durent quatre jours et sont un peu plus abondantes que d'habitude.

Le 21 mars, deux jours après la fin des règles, on constate par le toucher que l'utérus est moins lourd, moins sensible à la pression au niveau du fond de l'organe comme au niveau du col ; celui-ci a une consistance plus ferme et le drain sort de 1 cent. et demi. Au spéculum, le col a pâli d'une façon notable, surtout à sa base, mais le pourtour de l'orifice externe est encore d'une teinte foncée sans qu'il y ait d'ectropion.

La malade me dit que la matrice ne lui pèse plus comme auparavant, et que les envies fréquentes d'uriner ont disparu. Il y a encore des douleurs de reins.

On continue les frictions sédatives, sur les reins, et, deux fois par semaine, on applique un pansement glycériné sur le col.

L'amélioration continue jusqu'au 18 avril ; à ce moment les régles surviennent, elles sont abondantes et durent quatre jours, sans douleurs.

Le 30 avril, la malade arrive à la visite du matin, avec son drain dans la main ; elle raconte qu'elle a été réveillée pendant la nuit

par des coliques assez vives, qui avaient eu pour résultat l'expulsion du drain.

A l'examen nous trouvons l'utérus en parfait état ; la consistance est partout normale ; plus de sensibilité ; matrice très mobile ; au spéculum, le col se montre avec une teinte rosée uniforme sur toute l'étendue de ses deux lèvres. La température utérine a baissé de 1° ; elle est actuellement de 37,8, ce qui est la température normale.

Les accidents syphilitiques de la bouche et du pharynx étant guéris, la malade reçoit son exeat quelques jours après.

Les observations XXIII, XXIV, XXV, XXVI et XXVII sont à peu près identiques à celle que je viens de rapporter en détail ; dans toutes, l'efficacité du drainage a été démontrée par l'amélioration des symptômes, la disparition de la lourdeur, de la sensibilité et de l'état violacé du col, enfin par le retour de la température utérine à l'état normal.

(*A suivre.*)

DE LA DILATATION DU COL DE L'UTÉRUS

comme mode de traitement des vomissements incoërcibles de la grossesse,

Par le Dr Louis Culan.

Les vomissements sont si fréquents chez la femme enceinte, qu'on les considère comme un des premiers signes de présomption de la grossesse.

Le plus souvent, ils constituent un accident plutôt désagréable que grave, et guérissent sans le secours du médecin.

Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi. A côté des vomissements faciles et ne contenant aucun aliment, se produisant surtout le matin à jeun, et consistant en eaux glaireuses plus ou moins abondantes, on rencontre le vomissement survenant à toute heure de la journée, avec rejet complet des matières alimentaires, pouvant déterminer, par les secousses qu'ils produisent sur l'utérus, l'expulsion du produit et la mort de la femme, par inanition.

Ces vomissements opiniâtres, qui rejettent toute espèce d'aliment solide ou liquide, ainsi que les boissons, peuvent donc être regardés comme une des complications les plus graves de la grossesse, puisqu'ils compromettent en même temps la vie de la mère et celle de l'enfant. La diversité des traitements employés pour les combattre prouve combien ils résistent souvent à tous les moyens ordinaires, et légitiment, dans quelques cas, la pratique de l'avortement artificiel.

Je n'ai pas à faire ressortir ici la gravité d'une pareille opération : la perte de l'enfant est certaine, et la mère est exposée elle-même aux plus terribles accidents.

On doit donc tout essayer pour éviter une opération aussi désastreuse, que les plus célèbres accoucheurs n'ont pratiquée qu'à leur corps défendant et *in-extremis*, appréhensions d'ailleurs bien justifiées par les déplorables résultats obtenus.

La dilatation du canal cervical de l'utérus, pratiquée avec soin, sans dépasser l'isthme, et en s'entourant de grandes précautions d'antisepsie, doit être essayée, avant de recourir à cette opération extrême, l'avortement.

Les auteurs admettent généralement deux sortes de vomissements dans la grossesse :

Vomissements des premiers mois, déterminés par une action réflexe de l'utérus sur l'estomac : on pourrait les appeler les *vomissements d'origine nerveuse* ;

Vomissements des derniers mois, les plus rares et les moins graves, produits par la distension graduelle de l'utérus, et la gêne que cet utérus ainsi développé fait éprouver à l'estomac et aux intestins ; on les a appelés les *vomissements d'origine mécanique*.

Cette dernière dénomination me paraît impropre ou plutôt incomplète : dans les derniers mois, comme dans les premiers mois de la grossesse, l'élément nerveux joue certainement le principal rôle dans le vomissement.

La distension de l'utérus se fait graduellement, les organes comprimés s'habituent peu à peu à la gêne qu'ils éprouvent ; et puis, ne voyons-nous pas tous les jours des femmes, affligées de

kystes très volumineux de l'ovaire, dont le développement se fait quelquefois par poussées si rapides, n'éprouver aucun trouble gastrique, ni aucune espèce de vomissements ? Et quand, dans ces conditions, le vomissement se produit, ne vient-il pas de suite à l'idée qu'il s'est fait de la péritonite autour du kyste, et que c'est elle qui amène le vomissement ?

J'entre dans ces considérations pour démontrer que le vomissement des derniers mois de la grossesse, comme le vomissement des premiers mois, a une origine presque exclusivement nerveuse, et doit par conséquent être traité de la même façon.

On s'accorde à attribuer le vomissement à l'irritation réflexe, ayant surtout pour point de départ le col de l'utérus. Cela est si vrai, qu'on a cité des cas de vomissements incoërcibles survenus après la conception ; ils étaient dus à une lésion du col, et cédaient au traitement dirigé contre cette lésion. Il est donc tout naturel que l'on ait pensé à agir sur le col dans les vomissements incoërcibles de la grossesse, en pratiquant une des opérations qui tiennent aujourd'hui, et à juste titre, une très grande place dans le traitement des maladies utérines, je veux parler de la dilatation du canal cervical.

Observation. — Le 11 juin 1889, je fus appelé à la Plaine Saint-Denis, auprès de madame X...., âgée de 29 ans, mariée depuis 6 mois seulement.

Madame X..., que je connais depuis une huitaine d'années, est une femme maigre, nerveuse, irritable. Elle m'apprend que ses règles n'ont pas paru depuis trois mois. Depuis une quinzaine de jours, elle éprouve une violente douleur à la région épigastrique, s'accompagnant de vomissements très fréquents, avec rejet de toute espèce d'aliments ; les boissons elles-mêmes sont difficilement supportées. Le vomissement est accompagné d'un hoquet violent, très pénible, déterminant de violentes contractions dans les muscles de l'abdomen, et se terminant par des sueurs abondantes. La langue est légèrement chargée, la bouche est remplie d'une salive visqueuse ; il y a de fréquentes éructations liqui-

des et gazeuses. Les selles sont difficiles ; elles ne s'obtiennent guère qu'au moyen de lavements.

En 1887 et 1888, à peu près à la même époque, cette malade avait réclamé mes soins pour des symptômes à peu près analogues, en exceptant la suppression des règles.

J'étais difficilement venu à bout de ces accidents, que j'avais alors attribués à de la gastrite catarrhale : tout fut employé pour les combattre, et ce n'est qu'au bout d'une huitaine de jours que l'estomac reprit peu à peu son calme habituel.

En voyant ma malade, en juin 1889, je fus frappé de cette coïncidence de date, et de la similitude des accidents. Tout en faisant une large part à la grossesse qui, pour moi, ne faisait pas de doute, j'instituai un traitement à peu près semblable à celui qui m'avait réussi les années précédentes : Emploi de la glace *intus* et *extra*, potion antiémétique de Rivière — potions bromurées et morphinées. — Magnésie, eau de seltz, et, en dernier lieu, un vésicatoire morphiné appliqué sur la région épigastrique.

Des applications de belladone et de cocaïne furent également faites sur le col.

Ces divers moyens n'amenèrent aucune amélioration. La malade maigrissait tous les jours ; son sommeil était agité, et les vomissements survenant indifféremment la nuit et le jour, rejettaient tout sorte d'aliments solides ou liquides.

Jugeant le cas fort grave, je proposai une consultation. Elle fut acceptée avec reconnaissance par la famille. Mon éminent confrère, le docteur Jules Chéron, vit, le 23 juin, la malade avec moi ; mes appréhensions furent partagées par lui ; nous instituâmes le traitement suivant :

Continuer l'usage de la glace pilée et de l'eau de Seltz. — Faire prendre à la malade, tous les quarts d'heure, une cuillerée à café d'eau laudanisée (XV gouttes, dans 3/4 de verre d'eau). — Fréquemment, dans la journée, sur la région épigastrique, faire des pulvérisations d'éther. — Injecter matin et soir, sous la peau, ur la même région, 4 à 5 grammes de la solution suivante :

Acide phénique neigeux.........	2 gr.
Eau distillée......................	100 gr.

Si, dans les 48 heures, les accidents ne s'amendent pas, faire la dilatation du canal cervical de l'utérus.

L'examen de l'utérus fut pratiqué ; rien d'anormal de ce côté.

Ces prescriptions ne réussirent pas mieux que les précédentes ; la malade et son entourage perdaient confiance et courage.

Le 26 juin, au matin, je pratiquai la première dilatation du col; elle fut faite graduellement, sans rudesse, en un temps très court. Je revis la malade dans la soirée ; je ne trouvai pas de changement notable dans son état.

Le 27 juin, la malade m'apprit que la nuit avait été assez bonne, qu'elle avait conservé un peu de nourriture.

Le soir, les vomissements étaient intermittents et moins violents.

Le lendemain, 28 juin, les vomissements persistant, je pratiquai une nouvelle dilatation du col ; elle fut faite avec les mêmes précautions, mais plus largement, sans toutefois dépasser l'isthme. Le soir, tout vomissement avait cessé, et la malade demandait à manger.

Les vomissements n'ont plus reparu, et madame X.... a accouché à neuf mois d'un enfant bien portant.

La dilatation ne s'est accompagnée d'aucun accident du côté de l'utérus, ni du côté du ventre.

La méthode employée pour la dilatation a été celle préconisée par le savant médecin de Saint-Lazare, et décrite aussi par lui dans la *Revue Médico-Chirurgicale des Maladies des Femmes* :

« Il faut avoir à sa disposition :

1° 5 à 6 porte-topiques de Playfair(le porte-topique de Playfair se compose d'un manche de 16 à 20 centimètres de longueur, sur lequel se monte à vis, une tige en cuivre rouge, très flexible, d'une longueur de 8 centimètres).

2° de la ouate hydrophile antiseptique.

3° une solution de résorcine à 15 pour 100.

4° une filière Charrière.

Après avoir garni d'ouate l'extrémité des porte-topiques en donnant une forme conique à celle-ci, fortement serrée, en la tour-

nant entre les doigts, on les plonge dans la solution de résorcine.

Il faut que ces cônes d'ouate très serrée sur l'âme de cuivre, forment une série qu'on mesure à l'aide de la filière Charrière.

La résorcine rend onctueux le cône d'ouate, et, par conséquent, permet une pénétration d'autant plus facile, dans le canal cervical, qu'on a pris soin de donner à la tige de Playfair la courbure exacte du canal, déterminée au préalable, à l'aide d'un hystéromètre en tige d'étain. »

La dilatation du col peut également se faire avec le doigt, dans les derniers mois de la grossesse ; à cette période même, elle est moins commode que la précédente, car on peut aisément donner au Playfair le volume que l'on désire, ce qui n'est pas possible avec le doigt.

La première remarque que suggère cette observation est la suivante :

En 1887 et 1888, à peu près à la même époque, la malade avait éprouvé des vomissements très tenaces, et elle avait présenté, à ce moment, tous les symptômes d'une gastrite catarrhale, avec exaltation du système nerveux. Il est donc permis d'avancer, au point de vue étiologique et en résumé, que les vomissements actuels doivent être attribués chez elle à une lésion préalable de l'estomac, réveillée par la grossesse, au moyen du système nerveux.

Et d'une manière générale, on peut conclure que la cause du vomissement de la grossesse réside : soit dans le col (et alors la lésion de cet organe agit sur l'estomac, par l'intermédiaire du système nerveux) ; soit, quelquefois, comme dans le cas actuel, dans l'estomac, car au toucher et à l'examen, le col n'a rien présenté d'anormal.

Si donc la dilatation a arrêté, comme par enchantement, les vomissements chez une femme dont l'estomac était déjà sujet à caution, sans lésions utérines, que n'est-il pas permis d'attendre de ce moyen dans les vomissements que l'état morbide du col provoque si souvent ?

Cela explique pourquoi le docteur E. Copeman de Norwith, qui,

le premier, a proposé la dilatation méthodique du col utérin dans les vomissements de la grossesse, y a eu recours dans tous les vomissements, quelle que fût leur origine.

Il résulte encore de l'observation précédente qu'on peut, même avec une dilatation limitée, espérer et obtenir la conservation de la grossesse, que l'élargissement de l'orifice externe et de la cavité du col suffit pour amener la cessation des accidents. Il est certain, en effet, que la dilatation de l'orifice interne, avec léger décollement de l'œuf, exposerait davantage à un échec, voire même à une fausse couche.

Donc la dilatation de l'orifice externe et de la cavité du col, pratiquée avec douceur et en prenant toutes les précautions antiseptiques, ne fait courir de danger ni à la mère, ni à l'enfant, et doit être essayée, quand toute médication a échoué, contre les vomissements incoërcibles ; et ce n'est que dans le cas où cette méthode échouerait, qu'on aurait réellement le droit de provoquer l'avortement.

Par quel mécanisme la dilatation du col peut-elle amener la suppression du vomissement ?

Pour les vomissements dus à une lésion du col, l'explication, si elle ne peut satisfaire complètement, est au moins facile : la dilatation agit en modifiant le col ; dans sa structure, par l'élongation et par suite l'inertie de ses fibres musculaires ; un peu dans sa direction ; et surtout dans le diamètre de sa cavité. En élargissant le canal cervical, elle diminue la compression réciproque de ses parois, leur irritabilité, met en quelque sorte l'utérus plus à son aise, et supprime ainsi la cause réflexe qui amène le vomissement.

Pour les vomissements avec lésion stomacale, l'interprétation des effets de la dilation est plus difficile. Nous voyons tous les jours des troubles dyspeptiques graves survenir à la suite des affections utérines, leur corrélation a été parfaitement établie ; ces accidents disparaissent avec la lésion qui les produit ; pourquoi ne pas admettre que cette même influence de l'utérus sur l'estomac peut s'exercer dans l'état de grossesse, et qu'une modification apportée dans cet utérus, peut en amener une autre du côté

de l'estomac? La grossesse a réveillé la lésion stomacale; une direction nouvelle imprimée à cette grossesse en arrête le développement.

Conclusions : Il me semble résulter de l'observation que j'ai publiée, et des réflexions qu'elle m'a suggérées :

Que la dilatation du canal cervical doit être tentée, chaque fois qu'on se trouve en présence de vomissements incoërcibles ayant résisté à tout traitement médical. Cette dilatation, faite avec douceur et limitée au canal, est exempte de danger, et pour la mère et pour l'enfant.

Qu'il ne faut pas attendre, pour faire cette dilatation, en raison même de son innocuité, que les accidents soient portés à un degré extrême : la dilatation peut, dans ces cas, ne pas donner les mêmes résultats favorables, et l'inanition prolongée faisant courir à la malade de graves dangers.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE,

Tenu à Berlin du 4 au 9 août 1890.

Section d'Obstétrique et de Gynécologie.

VALEUR DE L'ANTISEPSIE OBSTÉTRICALE.

M. Stadfeld (Copenhague) rend compte des résultats fournis par l'antisepsie obstétricale dans les maternités des pays scandinaves. Ces résultats l'amènent à conclure que :

1° La stricte observance des règles de l'antisepsie transforme les maternités en véritables institutions humanitaires. Sous l'influence des pratiques antiseptiques, la mortalité des femmes en couches est tombée de 4 à 0,4 %.

2° La mise en exécution de ces pratiques est plus facile à surveiller dans les établissements publics que dans la clientèle privée.

3° L'antisepsie a été également salutaire aux nouveau-nés ; elle a diminué le chiffre des morts-nés.

4° L'irrigation des organes génitaux internes, pratiquée par les sages-femmes, est souvent dangereuse ; il devrait être posé en principe que les sages-femmes doivent se borner aux explorations externes.

5° Il y a avantage à accélérer l'expulsion du délivre.

M. Fritsch, de Breslau, croit que les affections puerpérales sont plus fréquentes chez les femmes soumises aux injections phéniquées chaudes, que dans les cas où on s'abstient de toute précaution antiseptique. Chez les femmes gravides en bonne santé, il faut s'abstenir de l'emploi de l'acide phénique et de tout traitement local ; même dans les cas de fièvre légère (fièvre de résorption), il faut s'en tenir à une sage expectation. Quand les suites de couches se compliquent d'une fièvre intense, il faut faire des injections intra-utérines.

M. Doderlein (Leipzig) a insisté sur la distinction à établir entre les cas où la sécrétion des organes génitaux internes est normale et ceux où elle est pathologique. La sécrétion normale fournit un produit acide, riche en débris d'épithélium pavimenteux, et ne renfermant que des bacilles. Les produits de sécrétion pathologiques sont moins acides, renferment des globules de pus et des coccus d'espèces variées. On devrait, en se basant sur les résultats des examens des sécrétions, ériger en principe de s'abstenir de toute exploration chez les femmes gravides saines, et soumettre les autres, méthodiquement, à des injections antiseptiques.

M. Priestley pense que l'antisepsie est la plus précieuse conquête humanitaire faite dans les dix dernières années.

L'ANTISEPSIE EN OBSTÉTRIQUE.

M. Slawjansky (Saint-Pétersbourg). — Dans les hôpitaux d'accouchements, en Russie, l'antisepsie obstétricale est aujourd'hui très répandue, la léthalité et la morbidité puerpérales sont allées en diminuant d'année en année, ainsi que le montre la statistique suivante :

Année 1886. Nombre des accouchements 17,000. Mortalité 0.48 %

Année 1887. Nombre des accouchements 18,400. Mortalité 0.44 %.

Année 1888. Nombre des accouchements 19,700. Mortalité 0.33 %.

Année 1889. Nombre des accouchements 21,300. Mortalité 0,23 %.

Naturellement, malgré la plus stricte observance des lois qui régissent l'antisepsie, la mortalité dépend encore dans une certaine mesure de la fréquence et de la gravité de l'intervention opératoire.

Quand l'antisepsie est réalisée dans toute sa rigueur, l'installation des grandes maternités est préférable aux asiles de peu d'importance, disséminés.

LES PHÉNOMÈNES CONCOMITANTS DE LA MENSTRUATION.

M. Отн (Saint-Pétersbourg) a étudié l'état du pouls, de la température interne, du rayonnement de la chaleur par la peau, de la capacité pulmonaire, des réflexes tendineux, de l'élimination de l'acide urique, pendant les périodes menstruelles, chez 57 femmes. Il est arrivé à cette conclusion : que l'activité des phénomènes vitaux atteint son maximum peu de temps avant l'époque menstruelle, pour tomber à son minimum vers la fin de cette époque. Ces oscillations sont périodiques ; elles ne se produisent que pendant la période d'activité des fonctions génitales chez la femme.

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE.

M. WILLIAMS (Londres) s'est occupé du seul cas où l'extirpation totale de l'utérus est commandée par l'existence d'un cancer de cet organe.

Le cancer peut occuper le corps de l'utérus, et alors l'extirpation totale constitue la seule intervention possible ; mais elle peut être inexécutable. C'est quand le corps de l'utérus a atteint un volume trop considérable, ou lorsqu'il existe dans une étendue considérable des adhérences de voisinage (infiltration carcinomateuse des organes avoisinants), ou lorsqu'il existe des foyers métastatiques dans d'autres organes.

Le cancer peut être limité au col, voire à la portion vaginale du

col, et alors l'indication à l'extirpation totale est formelle; la simple amputation du col est à rejeter pour deux raisons principales : d'abord parce que les récidives partent toujours de la cicatrice d'amputation; en second lieu, parce que le carcinome du col se complique souvent de carcinome du corps.

M. Pozzi professe les mêmes idées pour ce qui concerne les indications de l'hystérectomie dans les cas de cancer de l'utérus, et cela d'autant plus que l'extirpation totale n'est pas d'une exécution plus difficile que l'amputation supra-vaginale. Pour ce qui concerne la technique opératoire, M. Pozzi rejette les ligatures en masse. L'emploi des pinces de Péan n'offre pas de grands avantages; on ne doit y recourir qu'en cas de nécessité absolue.

M. Sajajtzky (Moscou) a communiqué la statistique des 65 cas d'extirpation totale de l'utérus qu'il a pratiquées. Il considère cette opération comme très peu dangereuse.

M. Martin (Berlin) étend le cercle des indications de l'extirpation totale aux cas où il existe des métrorrhagies profuses rebelles aux autres modes d'intervention.

M. Kaltenbach est d'avis que 30 % environ des cas de carcinome pour lesquels on vient réclamer les secours de l'art sont opérables. Sur 80 opérations, M. Kaltenbach ne compte que 2 cas de mort. *Le nombre des récidives est très grand*, quand on y regarde de près.

LA MUQUEUSE UTÉRINE A L'ÉTAT NORMAL.

M. Boldt (New-York). — En examinant des préparations de muqueuse utérine montées sur baume de Canada, M. Boldt a constaté que toutes les glandes utriculaires étaient enveloppées de bâtonnets et de fuseaux, tant dans le sens transversal que dans le sens longitudinal. En outre, dans la muqueuse menstruelle, dont l'épaisseur atteint jusqu'à 3 millimètres et demi et plus, le stroma était traversé par des traînées d'organismes semblables. Ceux-ci s'étaient fortement imprégnés de carmin. On pouvait les suivre depuis la base des glandes, où ils étaient relativement très nombreux, jusqu'à la surface de la muqueuse. Ils ne formaient pas d'ailleurs une couche continue.

En examinant les préparations sous un très fort grossissement,

il n'était pas douteux qu'il s'agissait de noyaux de fibres musculaires lisses, autour desquels le protoplasma des faisceaux contractiles était devenu invisible, par suite du traitement par le baume de Canada. M. Boldt a pu constater, en somme, que la musculeuse de la paroi utérine envoie dans la muqueuse des travées de fibres contractiles qui enlacent les glandules. Pareille disposition était déjà connue pour la paroi de l'intestin.

Poursuivant ses recherches histologiques sur des utérus durcis dans l'acide chromique et provenant de vierges et de femmes primi ou multipares, les préparations étant montées dans la glycérine et colorées au carmin, M. Boldt est arrivé aux constatations suivantes :

La muqueuse utérine renferme une grande quantité de tissu adénoïde et lymphoïde, parcouru par de nombreux faisceaux musculaires très minces,

Les glandes sont constituées par un grand nombre de diverticules tubuleux tapissées par une couche unique d'épithélium vibratile. Leur calibre est étroit, assez uniforme. Entre l'épithélium et le tissu sous-jacent, on ne distingue pas de membrane amorphe, sans structure définie. La couche limitante est au contraire constituée par des fibres lisses, formant une couche d'épaisseur variable, manquant par places et alors la zone limitante est constituée par du tissu lymphoïde. Dans cette couche musculaire, surtout là où elle atteint une certaine épaisseur, sont disséminés des corpuscules ayant la forme de corpuscules lymphoïdes.

Chez les multipares, le col est constitué par un stroma de tissu conjonctif fibrillaire qui ne renferme qu'une petite quantité de tissu lymphoïde. On y découvre un grand nombre de larges travées conjonctives, infiltrées d'une substance fondamentale collagène. Les boyaux glandulaires sont plus larges et plus développés que dans un utérus vierge. Les saillies qui se produisent du côté du canal cervical et qui font que celui-ci n'a pas partout le même calibre sont dus à ce que la membrane limitante, comprise entre l'épithélium et le tissu sous-jacent, est constituée par un entremêlement de tissu amorphe et de tissu conjonctif fibrillaire dont les saillies soulèvent le revêtement épithélial en forme de monticules.

Suivent des détails sur la disposition des éléments contractiles de la muqueuse, dans les diverses portions de l'utérus.

M. Léopold (Dresde) a présenté des pièces anatomiques relatives à des cas curieux de *grossesse extra-utérine.*

M. Duhrssen (Berlin) a présenté deux femmes auxquelles il a pratiqué des *incisions profondes dans le col.* Chez l'une des femmes, il s'agissait d'accidents éclamptiques graves, chez l'autre, il était urgent de terminer au plus vite l'accouchement. Dans le second cas, indépendamment de trois incisions dans le col, M. Léopold a incisé largement la paroi vaginale.

CONSIDÉRATIONS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES SUR LES KYSTES TUBAIRES.

M. Landau (Berlin) pose en fait que les kystes tubaires sont plus fréquents qu'on ne le croyait jadis et que d'aucuns le croient encore de nos jours ; qu'on les a confondus, dans bien des cas, avec des métrites, des para et des périmétrites, des tumeurs solides, etc. ; que leur fréquence est plus grande qu'autrefois, et que la raison en est, d'une façon générale, dans l'excès de zèle qu'on peut reprocher à l'intervention opératoire en obstétrique et en gynécologie.

L'auteur a ensuite passé en revue les signes et symptômes qui permettent de reconnaître soit une hydrosalpingite, soit une pyosalpingite, pour ensuite exposer le traitement de ces deux variétés de kystes tubaires.

Le traitement de l'hydrosalpingite comporte des procédés orthopédiques et des procédés chirurgicaux.

Les *procédés orthopédiques* comprennent : le redressement d'une position vicieuse de l'utérus dans le but de rétablir la trompe en position normale ; le massage, qui peut avoir pour effet d'exprimer le contenu du sac tubaire, de rompre des adhérences pathologiques, de remédier à une déviation, à une torsion des trompes. Pour ce qui est du cathétérisme des trompes et de la dilatation de l'utérus, ce sont deux procédés condamnables.

Les *procédés chirurgicaux* comprennent en première ligne la ponction du sac à travers le vagin, ponction suivie de l'évacuation partielle ou totale du contenu du sac, évacuation totale

suivie d'un lavage avec une solution phéniquée à 3 %, ou d'une injection consécutive de teinture d'iode; l'introduction d'une canule à demeure, dans le but de provoquer la suppuration, est à rejeter.

Quand le sac tubaire n'est pas en contact avec la partie postérieure du vagin, lorsqu'il s'est développé vers la paroi antérieure du bassin, la ponction est à rejeter ; en la pratiquant à travers la paroi abdominale, on s'exposerait à voir le kyste se rétracter. Il faut alors recourir à l'incision.

Pour ce qui est de la pyosalpingite, il est reconnu d'abord que cette affection est susceptible de guérir spontanément. Une intervention radicale n'est pas indiquée dans tous les cas. Il n'y a rien à attendre des procédés purement mécaniques. La ponction employée dans un but curatif n'est pas plus efficace que dans les cas de pleurésie purulente. Quand une intervention s'impose, il ne saurait être question que de l'incision ou de l'excision du kyste.

L'incision peut être pratiquée à travers le vagin ou à travers la paroi abdominale ; le kyste peut être attaqué simultanément par ces deux voies. L'auteur est entré dans des détails au sujet du manuel opératoire et des soins consécutifs.

Dans les cas de pyosalpingites à poches multiples, dans les cas ordinaires où l'incision n'a pas donné le résultat voulu, dans les cas où le kyste purulent a contracté des adhérences étendues avec les organes du voisinage, où on se trouve en présence d'un véritable abcès tubo-ovarien, il faut de toute nécessité recourir à l'excision. Dans les cas qu'il a opérés, M. Landau a, autant que possible, laissé les ovaires en place. Mais le plus souvent on se trouve dans la nécessité de pratiquer à la fois la salpingotomie et l'ovariotomie.

L'opération peut être très laborieuse. Assez souvent elle entraîne l'écoulement du contenu purulent du kyste dans la cavité abdominale ; les précautions à prendre en vue de cet incident sont faciles à deviner.

Exceptionnellement, M. Landau a pratiqué la résection des trompes avec fixation à la paroi abdominale, dans des cas où la poche était très volumineuse et où elle avait contracté des adhérences étendues avec l'intestin.

Les suites de la salpingotomie sont habituellement d'une béni-

gnité remarquable. Cependant, chez quelques femmes qui avaient subi simultanément la castration, des accidents graves sont survenus; troubles nerveux, psychiques, trophiques, qui faisaient regretter aux femmes de s'être laissées opérer. Les plus mauvais résultats ont été obtenus chez les hystériques.

(*Journal d'Accouchement.*)

MANUEL OPÉRATOIRE DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE TOTALE.

M. le Dr PÉAN avait au Congrès une magistrale communication sur ce sujet qui lui est plus particulièrement familier qu'à personne. Pour lui, comme on sait, l'utérus dont les lésions n'occupent pas un grand volume, et dont la mobilité et la consistance sont conservées, peut être extirpé très rapidement par la voie vaginale, grâce au pincement préventif des vaisseaux qui occupent les parties latérales : cette opération ne nécessite aucune ligature.

Quand le tissu est ramolli, infiltré de pus ou altéré dans sa structure, et à plus forte raison quand le volume de l'organe se trouve considérablement augmenté, il est indispensable de le *morceler* avant de procéder à l'ablation.

La malade, pour cela, est couchée sur le côté gauche, une fois anesthésiée; la vessie et le rectum sont vidés, la vulve rasée et le vagin rendu parfaitement aseptique : deux aides placés de chaque côté maintiennent le vagin largement ouvert au moyen de quatre valves à angle droit.

L'opération comporte quatre temps :

4° L'*abaissement du col*, pratiqué au moyen de pinces dentées, puis la séparation des tissus environnants, au moyen des ciseaux droits et du bistouri ;

2° L'*hémostase des ligaments larges* à l'aide de pinces à longs mors saisissant les ligaments aussi haut que possible, près de l'utérus ;

3° *L'ablation du col.* — Celui-ci est incisé sur ses côtés de dedans en dehors, sur toute sa hauteur : les deux moitiés sont ensuite réséquées aux ciseaux ou au bistouri ;

4° *Le morcellement et l'ablation du corps de l'utérus.* — Le corps est incisé comme le col, sur ses parties latérales. Les deux

moitiés, antérieure et postérieure, sont ensuite enlevées, successivement, ordinairement en commençant par l'antérieure, au moyen d'une forte pince à dents qui abaisse le fragment pendant qu'on le morcelle au bistouri de l'autre main. Lorsque les deux moitiés sont enlevées et qu'on aperçoit le fond de l'utérus, on complète l'hémostase des ligaments larges, dont la partie supérieure est devenue accessible à la vue, à l'aide de nouvelles pinces droites ou courbes. Le fond de l'utérus est alors enlevé sans crainte d'hémorrhagie, et en continuant le morcellement.

Quand les ovaires et les trompes de Fallope sont suffisamment altérés, on en fait l'ablation. Pour cela, on les attire en bas : puis on place une ou plusieurs pinces à longs mors au-dessous et en dehors de ces organes, de manière à saisir tous les vaisseaux qu'ils reçoivent, et on résèque le long du bord interne de la pince.

L'utérus enlevé, le chirurgien procédera à une toilette minutieuse du péritoine et du champ opératoire : le vagin est bourré d'éponges aseptiques remplies d'iodoforme : une sonde est laissée à demeure dans la vessie. Les pinces hémostatiques placées sur les ligaments larges doivent rester en place pendant quarante-huit heures. Le vagin est débarrassé de ses éponges enlevées lentement, sans secousses. M. Péan n'a jamais observé alors d'hémorrhagie grave. Il suffit, à partir de ce moment, de faire, trois fois par jour, des lavages avec une solution de sublimé : les malades se lèvent le dixième jour et peuvent être considérées comme guéries le quinzième.

Sur 60 hystérectomies vaginales pour inflammations, suppurations ou adhérences, M. Péan a eu 60 succès. Sur 200 hystérectomies pour myôme, il y a eu 98 succès pour 100.

INDICATIONS DE L'EXTIRPATION TOTALE DE L'UTÉRUS PAR LE VAGIN.

M. Schauta (de Prague). — L'indication principale de l'extirpation totale de l'utérus par le vagin est toujours le cancer. A la rigueur, on pourrait se contenter de l'amputation du col lorsque le néoplasme ne dépasse pas l'orifice du col. L'examen microscopique seul a quelque valeur pour faire connaître jusqu'où s'étend le mal, et encore un noyau cancéreux isolé peut être situé profondément dans l'utérus ; il échapperait à l'examen et serait une cause de récidive.

M'appuyant sur le résultat donné par l'examen d'utérus qui paraissaient peu atteints, je conseille d'enlever toujours totalement cet organe quelles que soient les limites apparentes du cancer. Il faudra même être d'autant plus large dans l'opération que le mal est encore moins avancé, car c'est dans ce dernier cas qu'on peut le mieux espérer à éviter la récidive.

Partant de cette limite inférieure, quelle est la limite supérieure à tracer aux indications de l'opération ? Faut-il opérer toutes les fois que l'on peut enlever l'utérus, même sans dépasser les limites du mal, dans le but de faire une opération palliative ? Ce serait courir de grands risques de mort, abréger l'existence de beaucoup de malades sans avoir des résultats supérieurs à ceux que l'on obtient par le curettage, les cautérisations, les pansements à l'iodoforme, etc.

Toute induration voisine de l'utérus n'est cependant pas une contre-indication. L'induration paramétrique n'est pas toujours d'origine carcinomateuse. Le diagnostic de sa nature est très délicat, et il ne faut pas hésiter à se servir pour cela du toucher rectal et vésical sous le chloroforme ; on pourra obtenir ainsi des données précieuses sur la disposition, l'étendue de l'induration ; on pourra apprécier sa souplesse, son élasticité bien plus grandes quand elle a une origine inflammatoire, que dans le cas de cancer. Il faut tenir compte ausi de la mobilité de l'utérus, mais savoir que l'utérus peut rester mobile quand le cancer a envahi la vessie et a respecté les ligaments larges. Par contre, l'immobilité utérine peut tenir à de la péritonite adhésive, à des lésions anciennes des annexes, ce qui ne justifierait pas l'abstention. Il est difficile de formuler une règle générale. Si l'extension du cancer en surface et surtout en profondeur doit arrêter le chirurgien, cependant j'ai enlevé des cancers utérins qui intéressaient la paroi du vagin presque jusqu'à son orifice, et qui s'étendaient même à la vessie et au rectum. Il y a une question de degré à apprécier.

Dans certaines circonstances l'extirpation totale est indiquée pour les cas de prolapsus, de myôme et d'endométrite glandulaire récidivante. Pour le prolapsus, malgré les progrès de la technique et la mortalité de plus en plus réduite, c'est encore une opération trop dangereuse pour être érigée en règle habituelle. Pour la justifier, il faut que tous les autres moyens aient échoué,

que le prolapsus soit irréductible par suite de lésions du bassin ou de l'existence d'un myôme dans l'utérus lui-même.

Pour qu'un myôme soit opérable par la voie vaginale en l'absence de prolapsus, il faut qu'il ne soit pas plus volumineux que le poing. Quand il dépasse ce volume, à la rigueur on peut l'enlever par cette méthode, mais elle n'est pas la meilleure.

L'endométrite glandulaire peut récidiver après grattage, et on peut voir quelquefois ses caractères de maladie bénigne se modifier ; elle se transforme en adénome, puis en cancer. Je ne conseille pas l'ablation de l'utérus dans tous les cas d'endométrite ; je la crois indiquée lorsqu'après un grattage complet on voit récidiver la maladie dans le cours de la même année. (*Bulletin médical.*)

(*A suivre.*)

REVUE DE LA PRESSE

DEUX OBSERVATIONS DE DÉCHIRURE DU PÉRINÉE,

Par le Dr Franz Buttgenbael.

La nommée B..., H., 38 ans, est accouchée le 3 octobre 1889 ; l'accouchement a été terminé par l'application du forceps et a produit une déchirure du périnée. Cette déchirure est incomplète, n'intéresse pas le sphincter anal externe, mais en avant de ce dernier, une ouverture permettant l'introduction de deux doigts met en communication le rectum avec la surface déchirée du périnée ; les matières fécales s'écoulent par cette fistule recto-vaginale.

L'opération a été pratiquée le 6 mars dernier. Dans ces cas de déchirure du périnée avec fistule recto-vaginale, l'expérience semble démontrer qu'il faut, pour obtenir une guérison radicale, sectionner le sphincter anal et opérer sur une déchirure complète du périnée. M. le Dr Lebeau a cru pouvoir s'écarter de cette ligne de conduite et a opéré comme suit : après avoir avivé la surface de la déchirure en y comprenant largement les bords de la fistule rectale, M. Lebeau sutura la fistule rectale au moyen de cinq fils de soie, en ayant grand soin de refouler les saillies de la muqueuse rectale à l'intérieur du rectum. Ce premier temps d'opération terminé, on se trouvait en présence d'une déchirure incomplète du périnée qui fut suturée suivant le procédé d'Emmet avec des sutures en fil d'argent.

Trois semaines après l'opération, la femme, radicalement guérie, sortait de l'hôpital.

Cette opération serait incomplète, si nous n'y ajoutions les soins dont nous avons entouré la malade. L'opérée est remise au lit dans le décubitus dorsal, les jambes rapprochées et modérément liées. Ici surtout il faut empêcher les vomissements dus à la chloroformisation ; on lui donne de la glace à l'intérieur et de l'eau de Vichy. Le régime doit être sévère : lait, bouillon, deux œufs, pendant les trois premiers jours qui suivent l'opération : un peu de viande, pas de légumes après le troisième jour. La malade doit être sondée les trois premiers jours, puis elle doit tâcher d'uriner seule. Trois pilules d'extrait thébaïque à 2 centigr. sont données pendant les deux premiers jours. Si le 5e jour après l'opération la malade n'a pas eu de selles, on lui prescrit quatre cuillerées à café d'huile de ricin à prendre de quart d'heure en quart d'heure, et au moment où la nécessité d'aller à la garde-robe se fait sentir, on administre un lavement à l'huile d'olive au moyen d'une canule molle et assez longue. Tous les jours la plaie est nettoyée, désinfectée et on saupoudre d'iodoforme la ligne de réunion. Jamais on n'écarte les jambes de la femme pour examiner la plaie avant le 10e ou 12e jour.

La femme B... H. nous disait que les gaz lui paraissaient toujours sortir par le vagin ; nous ne nous sommes pas permis de l'examiner avant le 12e jour. A cette date, on put retirer deux fils qui coupaient les tissus.

Le 15e jour, le périnée est suffisamment solide pour permettre à l'opérée de se lever et de marcher sans effort.

Le 7 mars, M. Lebeau opérait également la nommée L. G..., âgée de 24 ans, pour une déchirure complète du périnée. Le résultat fut le même : guérison radicale. Les soins donnés furent ceux que nous avons décrits.

Si nous avons insisté sur tous ces détails, c'est qu'ils sont pour nous de la plus haute importance. Le moindre écart de régime, le plus léger effort de défécation ou de vomissements peuvent compromettre le succès de l'opération, et ce succès, nous croyons l'obtenir par les soins dont nous entourons les opérées.

ACTION DE LA NICOTINE SUR LA GROSSESSE,

Par le Dr Robinson, de Constantinople.

Dans la séance du 12 juillet de la Société de médecine pratique, M. E. de Pradel a communiqué une observation (voyez *Journal de*

médecine, n° 6, p. 164) d'après laquelle le tabac aurait une influence fâcheuse sur la grossesse, de façon à déterminer l'avortement.

Sans avoir la prétention de réfuter cette hypothèse, l'auteur rapporte l'expérience suivante qu'il a faite, il y a encore quelques mois, à propos d'une étude sur l'action physiologique et thérapeutique du *tumbéki* (tabac persan).

J'ai fait préparer à M. Vartanian, un pharmacien de Constantinople, un extrait fluide du *tumbéki* de Chiraz qui contient beaucoup plus de nicotine que les autres tabacs persans.

Voici le résumé de cette expérience.

Chienne de rue, taille moyenne, enceinte, 10 mars, 9 h. du matin, injection dans le rectum de 5 grammes d'extrait fluide de tumbéki. 9 h. 20 m., injection d'égale quantité d'extrait. La chienne est debout, n'exprimant aucune souffrance, on lui donne à manger, elle dévore avidement. 9 h. 30 m., pouls et battements du cœur accélérés. Petites contractions abdominales. 9 h. 40 m., vomissement des matières ingérées et d'un liquide spumeux abondant. Contractions abdominales très intenses. L'animal pousse des cris plaintifs ; la pupille est contractée et sa conjonction, fortement injectée. 9 h. 50, un peu de calme ; la chienne recommence à manger les matières qu'elle avait vomies, il y a un moment. Elle veut se coucher. Nous la forçons de se lever et de marcher pour voir s'il y a une paralysie ou une parésie des membres. Elle marche en vacillant comme un ivrogne, mais pas de paralysie.

9 h. 55 m. 4e injection rectale de 5 grammes d'ext. fluide du *tumbéki*. Vomissements et contractions énergiques du ventre. L'animal se couche étendu et immobile, en bavant en même temps une écume très abondante. Ses yeux rouges roulent dans l'orbite. Anxiété respiratoire extrême. Selles abondantes liquides et sanguinolentes.

Cette chienne n'a pas succombé à cette expérience et, chose remarquable, *elle n'a pas avorté*.

Conclusion. L'extrait du tumbéki ayant déterminé dans cette expérience des contractions violentes dans les muscles organiques respiratoires, circulatoires et digestifs, n'a pas influencé l'utérus chargé pour qu'il puisse chasser son contenu.

Cette étude mérite donc d'être reprise, d'autant plus qu'il s'agit là d'une sérieuse question hygiénique.

M. DE PRADEL. — Je répondrai à la note de M. Robinson qu'on ne peut comparer l'intoxication rapide qu'il a produite sur sa chienne à l'intoxication lente qui peut se produire chez une ouvrière qui manie le tabac pendant plusieurs années.

Avec les matières vomies la chienne a pu, du reste, comme cela ar-

rive dans presque tous les empoisonnements aigus, rejeter une partie notable des principes toxiques ingérés. (*Bul. Soc. méd. prat.*)

CAUSES DE LA RÉCIDIVE LOCALE APRÈS L'ABLATION DU CANCER DU SEIN

Heidenhain a examiné au microscope la surface de dix-huit tumeurs après leur ablation aussi large que possible. D'après cet examen, il a porté un pronostic de récidive dans neuf cas : l'un d'eux fut perdu de vue, six eurent une récidive, un autre mourut de métastase avant la récidive. Chez trois autres, la récidive fut déclarée probable, des noyaux cancéreux ayant été trouvés tout près de la surface d'amputation ; la récidive survint chez deux malades ; chez la troisième, il n'y en avait pas un an après l'opération ; enfin, chez six le pronostic fut porté favorable, et, chez aucun des malades, il n'y eut de récidive.

D'après ces observations, l'auteur attire l'attention sur les points suivants : 1° la minceur, et, spécialement chez les femmes grasses, les limites mal définies du fascia pectoralis, et l'impossibilité de l'enlever sans comprendre en même temps une couche du muscle pectoral ; 2° la mamelle, chez les sujets maigres, est entièrement, et, chez les sujets gras, en partie en contact avec l'aponévrose pectorale et le muscle sous-jacent, aussi peut-on facilement laissser des portions de la glande dans l'opération ; 3° toute mamelle dans laquelle il existe des noyaux cancéreux est probablement malade dans son entier ; des cellules épithéliales peuvent être transportées à distance par les lymphatiques mammaires ; probablement quelques récidives partent des acinis qui ont été laissés dans la plaie. 4° Dans le tissu graisseux rétro-mammaire courent d'habitude des lymphatiques avec les vaisseaux sanguins ; dans les deux tiers des cas, on trouve dans ces lymphatiques de nombreuses métastases microscopiques. 5° Ordinairement le muscle grand pectoral n'est pas envahi par le cancer. Si la masse cancéreuse est librement mobile sur lui, il devient infecté par extension d'un noyau cancéreux dans le fascia ou directement de la tumeur principale : alors le cancer s'étend dans le muscle le long des lymphatiques. 6° Les cellules épithéliales sont probablement transportées dans les vaisseaux lymphatiques du muscle par les mouvements musculaires.

De ces observations, l'auteur conclut que, afin de se mettre autant que possible à l'abri des récidives, il faut, dans les cancers mobiles, enlever tous la surface du muscle pectoral, seul manière d'enlever tout le fascia, et sectionner les vaisseaux aussi profondément que possible dans le muscle. Si le cancer n'est pas mobile, il faut enlever tout le muscle pectoral ainsi que le tissu cellulaire sous-jacent. Le professeur Küster

a démontré que l'ablation totale du muscle pectoral n'est nullement difficile et que la guérison n'en est pas influencée, sauf peut-être en ce qui concerne les mouvements du bras. Naturellement il faut, dans tous les cas, enlever les ganglions lymphatiques et le tissu circonvoisin. (*Arch. f. Klin. chir.*, vol. 39, p. 96.)

Nos lecteurs reconnaîtront facilement que toutes ces propositions ont déjà été, depuis plusieurs années, émises en France, en particulier au Congrès français de chirurgie de mars 1888.

(*Un. Méd.*)

CHROMIDROSE JAUNE CATAMÉNIALE.

On sait qu'on désigne sous ce nom une affection caractérisée par la présence de matière colorée, se déposant surtout sur la peau du visage et particulièrement sur les paupières. M. Barié publie, dans les *Annales de dermatologie*, un nouveau fait de ce genre curieux au point de vue de l'origine, de la localisation et de la marche bizarre de la maladie. La malade a commencé à éprouver pour la première fois les symptômes de la chromidrose au mois de juillet dernier et depuis cette époque ils ont reparu avec une régularité parfaite, tous les mois, coïncidant avec chaque période menstruelle et disparaissant avec elle. Mais le point véritablement curieux de cette chromidrose c'est la localisation tantôt sur une main, tantôt sur une autre, et cela avec une alternance parfaitement régulière ; jamais les deux mains n'ont été intéressées simultanément. La coloration qui se produit alors est jaunâtre, ocreuse et rappelle la couleur d'une tache de laudanum ; elle est limitée à la face palmaire et à une partie de la face dorsale de la main et des doigts. On la fait disparaître en partie au moyen de frictions avec un corps gras. La main est à ce moment le siège de picotements et de fourmillements très douloureux.

Il y a là des particularités assez spéciales à relever ; en général, la chromidrose occupe la face et spécialement les paupières inférieures ; de plus, elle est presque toujours caractérisée par une teinte bleue, ou noire. La chromidrose jaune est la plus rare de toutes. Enfin, l'alternance régulière entre les deux mains est un fait tout particulier.

M. Barié fait remarquer, à ce propos, qu'il ne faut pas assimiler complètement la chromidrose et les sueurs colorées quoiqu'il s'agisse de deux états pathologiques très voisins. Le plus souvent la sueur colorée est transitoire ou constitue un épiphénomène d'une affection primitive en voie d'évolution, tandis que la chromidrose a une durée souvent fort longue, 10, 20 ans ou même plus. Les deux affections sont sous l'influence de troubles de l'innervation vaso-motrice. Ceux-ci agissent

de deux façons différentes : tantôt sur les glandes elles-mêmes dont ils modifient le produit de sécrétion : c'est la chromidrose ; tantôt sur le plexus vasculaire péri-glandulaire où ils favorisent la diapédèse des globules sanguins : c'est l'hématidrose.

(*Jour. de méd. et de Chir. prat.*)

L'ANÉMONINE AU POINT DE VUE THÉRAPEUTIQUE

Note présentée à la Société de médécine pratique, séance du 8 mai 1890,
Par le Dr Ch. Bovet, de Pougues.

Dans ma première communication, que je présentais l'année dernière sur les préparations officinales de cette plante des Renonculacées, l'Anémone pulsatille, j'appelais votre attention sur les essais qu'en avaient fait, il y a 4 ans, MM. Huchard et Eloy, dans les maladies du cœur, et tout récemment encore M. Bazy, chirurgien des hôpitaux, dans des cas d'orchites blennorrhagiques.

Je vous disais que l'alcoolature avait été expérimentée avec succès par ce praticien dans son service hospitalier et que M. Dormant, dans sa thèse sur ce sujet, avait relaté, sur 43 cas traités, 37 guérisons et cela sans recourir à aucun adjuvant, émollient ou topique quelconque.

Frappé de ces faits, l'idée me vint d'appliquer aux états pathologiques des organes correspondants du petit bassin chez la femme, d'abord, l'alcoolature d'anémone, puis son principe actif l'Anémonine, dont les travaux, actuellement en cours, définiront bientôt la nature chimique. C'est donc à simple titre de note complémentaire que je vous signalerai, pour le moment, les cas déjà assez nombreux d'amélioration et même de guérison obtenus dans ma pratique médicale par l'emploi de ce médicament que j'ai appelé l'*analgésique par excellence des douleurs réflexes de l'utérus*.

Les observations les plus concluantes ont trait à ces douleurs vives et tenaces qui accompagnent si souvent la menstruation dans divers états pathologiques, soit qu'elles proviennent d'une difficulté de règles (*dysménorrhée*, *aménorrhée*), soit qu'elles résultent d'une lésion de voisinage (*métrite, périmétrite*, *ovarite*, *etc.*).

Nous comptons actuellement 34 cas traités se décomposant en :

22 de menstruations difficiles idiopathiques ;

6 de métrite et périmétrite ;

2 de prolapsus utérin ;

2 d'ovaro-salpingite ;

2 d'endométrite fongueuse,

où l'anémonine a combattu l'élément douleur dans un temps qui n'a pas excédé 48 heures.

PROLAPSUS DE L'UTÉRUS GRAVIDE,

Par le Dr Paul FAIVRE.

Voici les conclusions de l'auteur :

I. — Le prolapsus de l'utérus gravide peut exister à divers degrés ; nous ne connaissons pas jusqu'ici de cas sûrement complet.

II. — Les causes de prolapsus de l'utérus gravide sont nombreuses. Ce sont d'abord toutes celles du prolapsus de l'utérus non gravide, et ensuite, dans un très forte proportion, la grossesse elle-même, le travail de l'accouchement. Certaines femmes ont une prédisposition spéciale au prolapsus.

III. — L'utérus prolabé peut ne pas faire hernie au dehors, ou bien le col seul sort à travers la fente vulvaire, ou enfin une partie plus ou moins grande du corps est également procidente. Cette dernière forme est la plus importante et la plus commune.

IV. — Le col de l'utérus est généralement le siège de modifications notables. Dans la seconde variété, il devient souvent œdémateux et turgescent : dans la troisième, les tissus voisins s'hypertrophient et le col disparaît. On ne trouve plus alors qu'un anneau ou une fente, au niveau de laquelle siègent surtout les ulcérations.

V. — La grossesse a sur le prolapsus déjà établi une influence variable : la procidence s'accroît, disparaît ou reste stationnaire.

VI. — Le prolapsus, bien qu'il augmente les chances d'avortement, n'empêche pas, dans le plus grand nombre des cas, l'évolution normale de la grossesse.

VII. — L'action du travail sur la reproduction et l'augmentation du prolapsus est notable.

VIII. — Les contractions utérines sont normales ; mais la rigidité fréquente du col utérin est souvent un grand obstacle à l'accouchement, qui ne peut alors se faire qu'au prix d'incisions ou de déchirures.

IX. — Le prolapsus ne favorise pas les présentations vicieuses de l'enfant, mais il compromet sa vie en prolongeant la durée du travail, par suite des modifications qu'il imprime au col.

X. — La délivrance ne se fait pas aussi aisément que dans les cas normaux ; les suites de couches sont généralement assez bonnes. La réduction de l'organe après l'accouchement est aisée et doit toujours être pratiquée.

XI. — Le diagnostic du prolapsus de l'utérus gravide est simple ; l'âge de la grossesse, surtout pendant les premiers mois, est plus difficile à connaître.

XII. — Le pronostic est généralement assez bon pour la mère, plus sérieux pour l'enfant.

XIII. — Le traitement consiste pendant la grossesse dans la reposition de l'utérus ; pendant l'accouchement, dans le maintien de l'organe et l'élargissement forcé du col ou les incisions, si la dilatation ne se fait pas. Quand l'enfant souffre ou ne peut être expulsé, on terminera l'acouchement par une application de forceps ou une version. Prompte délivrance et soins antiseptiques minutieux.

HYDATIDES UTÉRINES.

Le docteur Bray a eu l'occasion d'observer un cas d'hydatides utérines ; il en a fait l'objet d'un communication à un Congrès médical américain. Au cours de cette communication, il insiste surtout sur la nécessité de poser un diagnostic indiscutable, chaque fois qu'il y a lieu de soupçonner la présence des hydatides. Il rapporte un cas dans lequel, par une erreur de diagnostic, on a provoqué l'accouchement prématuré, tandis que l'on croyait avoir affaire à des hydatides.

DES TUMEURS FIBREUSES PÉRI-PELVIENNES CHEZ LA FEMME,

Par le Dr Tillaux.

Les deux observations qui ont été le point de départ de cette leçon sont calquées l'une sur l'autre.

Obs. 1. — Fille vierge ayant déjà subi l'ovariotomie. Tumeur du volume d'un œuf de poule au-dessus de l'arcade de Fallope gauche ovoïde, ferme, à grand axe parallèle à l'arcade, immobile en travers ; pédicule tendu et résistant, peau non adhérente.

Obs. 2. — Femme de 31 ans, mère. Tumeur du volume d'une tête d'enfant nouveau-né, ovoïde, parallèle à l'arcade de Fallope, régulière, dure, mobile de haut en bas, immobile en travers.

Le premier point à préciser en diagnostic est le *siège de la tumeur*. La fixant dans ses mains, le chirurgien fait contracter la paroi abdominale : si la tumeur est intra-abdominale elle disparaît ; si elle est intra-pariétale, on la sent toujours.

Si, tandis qu'elle persiste, on cherche à la mobiliser, deux choses peuvent se passer : ou bien elle est *mobile*, alors elle sera *sous-cutanée*, ou bien elle est *immobile* et sera alors *sous-aponévrotique*.

Quant à sa nature, la consistance pierreuse, l'absence de fluctuation indiquent le fibrôme.

Le point de départ et d'implantation de ces tumeurs est intéressant

à connaître au point de vue thérapeutique. Sappey, Gosselin, Nélaton, Chassaignac, Michon, Huguier, Bodin (*Thèse* 1861), a dmettaient que ces fibrômes nés sur un point du squelette péri-pelvien, gagnaient peu à peu la paroi abdominale dont ils dissociaient les plans.

Pour Nélaton et Huguier leur point de départ était surtout l'os iliaque au voisinage de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

M. Guyon, en 1877, professa qu'ils s'attachaient sur l'aponévrose d'insertion des muscles de la paroi abdominale. Nicaise (1878) et Terrillon partagèrent ensuite cette opinion et le Dr Damalix, dans sa thèse en 1886, résume toutes les doctrines. M. Tillaux précise davantage ; pour lui, ces fibrômes se développent dans l'épaisseur même des fibres du muscle transverse, vers son insertion postérieure sur l'aponévrose, puis elles augmentent peu à peu et finissent par user et perforer les aponévroses superficielles pour faire saillie sous la peau. A cause de leur origine même, de leur développement et de leur situation, elles peuvent contracter des relations de voisinage très étroites avec le péritoine avec qui elles peuvent même adhérer. Il faut donc pratiquer l'extirpation de ces tumeurs avec toutes les précautions usitées pour l'ouverture du péritoine que l'on peut être obligé de faire au cours de leur extirpation. (*Annales de Gynécologie*, 1888, *et Rev. gén. de chir. et de thérap.*)

DES MODIFICATIONS DE LA MUQUEUSE UTÉRINE DANS LE CANCER DU COL,

Par M. Grammatikati,

(*Journ. accouch. i jensk. bol.*, nº 12, 1889.)

La question des modifications que subit la muqueuse du corps de l'utérus quand le col est atteint de cancer étant très importante pour le pronostic et le traitement de cette affection, et étant résolue différemment par les différents auteurs (Abel, modification sarcomateuse ; Frankel, endométrite, etc.), M. Grammatikati a étudié la muqueuse de quatre utérus qu'il a eu l'occasion d'extirper pour cancer du col. Dans un cas, il a trouvé de l'endométrite glandulaire ; dans deux cas, de l'endométrite interstitielle ; dans le quatrième cas, il put constater des modifications épithéloïdes des cellules conjonctives de la muqueuse et une infiltration qu'il considère comme le premier stade d'une dégénérescence carcinomateuse des cellules conjonctives. L'auteur considère ce cas comme une nouvelle preuve du fait « que le cancer se développe parfois sans aucun rapport avec un épithélium préexistant et qu'il est souvent difficile de tracer une limite entre le sarcome et le carcinome » ;

c'est ainsi que Ruge distingue dans le développement du cancer le stade carcinomateux.

En se basant sur ces préparations l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

1. Dans le cancer du col, la muqueuse du corps de l'utérus est toujours modifiée.

2. Ces modifications présentent, pour la plupart, le caractère d'états inflammatoires existant cependant toujours dans le tissu inter-glandu laire.

3. Ces états inflammatoires peuvent débuter au moment où le cancer de la portion vaginale est en plein développement et, par conséquent, on peut supposer un lien entre ces deux processus.

4. En outre, à part ce processus inflammatoire dans les éléments cellulaires du stroma de la muqueuse, il peut y avoir des modifications qu'on est obligé de rapporter à une dégénérescence de mauvaise nature.

5. Il est très possible que l'hyperplasie et hypertrophie, si fréquemment rencontrée du tissu glandulaire, tout en étant le résultat d'un processus inflammatoire, peut néanmoins acquérir et recéler très tôt dans le cancer du col un caractère malin.

6. Au point de vue du pronostic, l'endométrite concomitante avec le cancer du col doit être envisagée comme une complication sérieuse.

Néanmoins, M. Grammatikati ne se joint pas absolument à l'opinion d'Abel, qui veut qu'on enlève tout l'utérus dans tous les cas de cancer du col ; il pense qu'on peut se borner à faire le curage de la muqueuse utérine dans les cas où les autres indications permettent de n'extirper que la portion vaginale, et il pense que de nouvelles recherches sont nécessaires pour élucider définitivement cette question.

(*Gaz. de Gynéc.*)

DEUX OPÉRATIONS CÉSARIENNES CHEZ UNE MÊME FEMME.

M. le prof. Schauta a présenté, à la *Société des médecins allemands de Prague*, une femme naine de vingt-neuf ans, qu'il avait opérée pour la première fois le 27 octobre 1887, le diamètre de son bassin n'ayant que 6 cent. 4 de diamètre. L'incision utérine avait été suturée à l'aide de 11 fils d'argent comprenant les tuniques séreuse et musculaire, et de 17 fils de soie superficiels. En juin 1889, il se produisit une nouvelle grossesse, et l'opération césarienne dût être renouvelée le 4 avril 1890, au moment du début des douleurs. L'incision fut faite suivant l'ancienne cicatrice abdominale. La cicatrice utérine était recouverte de fausses membranes probablement dues à l'irritation produite par l'extrémi-

té des fils. Aussi, après avoir extrait un enfant vivant, le prof. Schauta enleva l'ancienne cicatrice et sutura la plaie utérine à l'aide de fils d'argent profonds et de fils de soie superficiels ; mais il eut soin de couper court ces fils, d'en rabattre les extrémités et d'attirer le péritoine au-dessus d'eux de manière à les recouvrir complètement. Guérison en 14 jours.

Des 171 cas d'opérations césariennes suivant la méthode de Sænger, que l'auteur a rassemblés, 132 ont été suivis de guérison. Sur ce nombre, 3 femmes survécurent peu de temps, et 5 présentaient des complications empêchant toute nouvelle conception. Sur les 124 autres, 13 devinrent de nouveau enceintes. Il en résulta 1 accouchement prématuré spontané, 2 artificiels, 1 rupture utérine, 7 secondes opérations césariennes ; il reste encore 2 résultats à venir.

Une fécondité de 9 à 10 %, observée chez les femmes opérées suivant la méthode de Sænger, paraît médiocre ; mais il n'en faut pas conclure que le procédé entrave la faculté de concevoir. Il faut tenir compte de ce que les femmes opérées redoutent beaucoup une nouvelle grossesse et ne s'y exposent pas volontiers.

M. Schauta a pratiqué onze fois l'opération césarienne proprement dite, et trois fois celle de Porro. Dans les quatorze cas il eut un heureux résultat. Il attribue ce brillant succès : 1° à l'antisepsie sévère ou à l'asepsie (eau bouillie) ; 2° à sa méthode d'hémostase, il n'emploie pas le lien élastique qui, lorsqu'on l'enlève, est cause d'hémorrhagies atoniques intenses ; 3° au soin avec lequel il fait ses sutures ; la nature du fil lui semble peu importante. (*Bull. méd.*)

DE L'AVORTEMENT DANS L'INSUFFISANCE CARDIAQUE,

Par M. Hendfield-Jones.

Les rapports entre cet accident de la grossesse et les cardiopathies ont été notés trois fois par l'auteur ; l'avortement paraissant dû dans ces cas, à un trouble cardio-vasculaire (*Brit. med. Journal*, 15 mars 1890).

Dans ces cas, il se produirait des hémorrhagies entre la surface utérine et les membranes, et ces hémorrhagies auraient pour cause une sorte de décollement placentaire, résultant de l'activité plus grande du cœur et la congestion active causées par elle. M. Handfield-Jones recommande donc aux cardiopathes, en état de grossesse, de faire usage des toniques du cœur et d'éviter tout surmenage de cet organe du cœur. C'est le traitement prophylactique de ces accidents.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

I. Porte-topique utérin démontant du Dr Chéron.

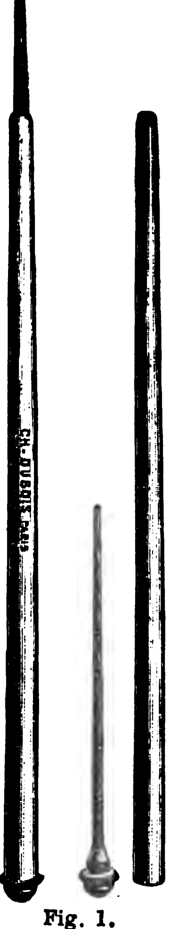


Fig. 1.

Ce porte-topique utérin, construit par M. Dubois, est un instrument métallique, dont le manche, en acier nickelé, d'une longueur de 20 centimètres environ, est muni d'un pas de vis à ses deux extrémités.

L'extrémité supérieure est armée d'une tige de cuivre flexible. Cette tige est lisse, afin de permettre d'enlever plus facilement les cônes d'ouate qu'on enroule à sa partie supérieure pour faire les pansements du col ou du canal cervico-utérin; elle est flexible afin de permettre, pour chaque cas, de donner à la tige la courbure du canal cervico-utérin.

L'extrémité inférieure est armée d'un bouton sur lequel est vissée une seconde tige de cuivre semblable à celle que nous venons de décrire.

Veut-on se servir de l'instrument au domicile des malades, on enlève la tige de cuivre qui est vissée à l'extrémité supérieure; l'instrument est ainsi très portatif. Au moment de s'en servir, on n'a qu'à dévisser le bouton de l'extrémité inférieure, à dévisser la tige de cuivre montée sur ce bouton et à la visser sur l'extrémité supérieure du porte-topique.

Si on se contente de toucher la surface du col avec des solutions antiseptiques, ou modificatrices, un cône d'ouate est enroulé sur la tige laissée rectiligne. Si, au contraire, on veut faire un pansement intra-utérin, on donne à la tige de cuivre la courbure convenable pour le cas en question. Après le pansement, on retire le cône d'ouate, et on replace la tige à la partie inférieure du porte-topique.

II. Curette tubulée à lavage continu.

La curette tubulée à lavage continu, représentée ici (fig. 2), est une curette à boucle, rappelant plus ou moins la boucle de Sims, tranchante ou mousse suivant les modèles. Elle est complètement métallique et nickelée. La partie inférieure du manche porte un ajutage sur lequel on fixe l'extrémité d'un tube de caoutchouc en rapport avec un appareil à irrigation quelconque.

Le manche et la tige de la curette sont tubulées jusqu'à la partie inférieure de la boucle.

Ainsi construit, l'instrument permet de faire le curettage sur un courant d'eau qui entraîne à mesure les lambeaux de muqueuse à l'extérieur, et qui assure en même temps l'antisepsie intra-utérine.

La curette étant complètement métallique peut être désinfectée à l'étuve sèche ou plongée dans de l'eau bouillie avant l'opération.

Cet instrument a été, comme le précédent, construit par M. Dubois.

III. Canule métallique à injections vaginales.

Cette canule, en acier nickelé, pouvant facilement être désinfectée par un séjour plus ou moins prolongé dans de l'eau bouillante, peut servir aux malades pour les injections vaginales. Elle est très commode pour aseptiser le vagin avant une opération gynécologique, sa forme permettant de la porter sans peine jusqu'au fond des culs-de-sac.

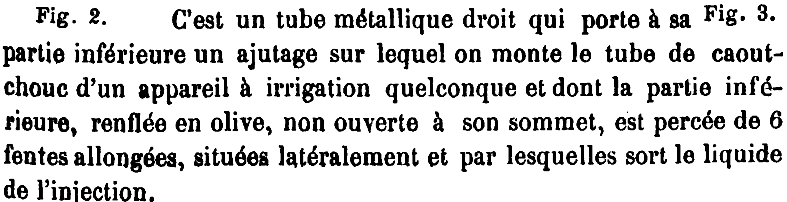


Fig. 2. Fig. 3.

C'est un tube métallique droit qui porte à sa partie inférieure un ajutage sur lequel on monte le tube de caoutchouc d'un appareil à irrigation quelconque et dont la partie inférieure, renflée en olive, non ouverte à son sommet, est percée de 6 fentes allongées, situées latéralement et par lesquelles sort le liquide de l'injection.

VARIÉTÉS

Les sages-femmes septiques. — En Prusse, le tribunal correctionnel de Bochum vient, paraît-il, de condamner à trois ans et demi de prison, une sage-femme qui, malgré la défense faite par le médecin et signifiée par l'administration, d'exercer sa profession pendant un certain temps, à la suite d'une série d'accidents puerpéraux imputables à sa négligence, a continué de pratiquer des accouchements dans les mêmes conditions et a ainsi provoqué la mort d'une personne et mis en grand danger la vie d'une autre.

Hématurie périodique mensuelle chez un homme. — *Les Archives de médecine* rapportent, d'après un journal américain, un cas curieux de cette affection, observé par Chapin, de New-York. On a signalé assez souvent chez les femmes les hémorrhagies supplémentaires des règles, mais l'homme n'a presque jamais de pareilles hémorrhagies périodiques. Royer en cite deux cas et Chopart a vu un jeune soldat qui tous les mois émettait de l'urine sanglante présentant en même temps les phénomènes habituels de la menstruation ; on n'a pas cité d'autres cas. Le malade de Chapin est un homme de 58 ans, de santé parfaite, qui trois semaines après une chute constate que son urine est mêlée à du sang et pendant quelques jours il perd en moyenne une once de sang en vingt-quatre heures. Au bout d'un mois, nouvelle hématurie, durant quatre ou cinq jours, avec une perte d'une once et demie. La régularité du phénomène est telle que le sujet peut annoncer d'avance le jour où l'hématurie doit se produire ; chaque période est précédée de malaise, de douleurs lombaires, de céphalées, de nausées. Le sang est intimement mêlé à l'urine et ne s'écoule jamais pur. Il n'y a ni uréthrite, ni cystite, ni calcul, ni tumeur de la vessie.

L'auteur admet que l'hémorrhagie est d'origine rénale, mais il ne constate les signes ni des néphrites, ni du cancer du rein, ni d'aucune lésion de cet organe. Il ne trouve ni intoxication générale comme pourrait être l'impaludisme, ni parasites pour expliquer le phénomène. Quant à l'hémoglobinurie paroxystique, on ne peut y songer, car le microscope a toujours permis de voir dans l'urine des globules rouges. La chute qui a précédé de trois semaines la première hématurie a probablement joué un rôle dans cette étiologie, qui reste fort obscure.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

209. — Solution antisepsique pour les injections vaginales après l'accouchement (Meillière-Laborde).

Bichlorure de mercure................	25 centigr.
Sulfate de cuivre....................	ââ 1 gram.
Chlorure de sodium..................	
Acide tartrique........................	50 centigr.
Bleu soluble..........................	1/2 à 1 cent.
Eau distillée.........................	ââ 10 gram.
Glycérine	

Telle est la solution antiseptique qui, lors de la discussion de l'Académie de Paris sur la question de savoir s'il faut permettre aux-sages-femmes de prescrire les antiseptiques, a été formulée par M. Laborde. Cette préparation avalée par mégarde serait immédiatement vomie, grâce aux propriétés émétiques de sulfate de cuivre, qui, d'autre part, joint ses vertus microbicides à celles du sublimé. — La solution formulée ci-dessus convient *pour* 1 *litre d'eau.*



210. — Transformation du lait de vache en lait maternel (Schmid.) — On sait que le lait de vache et le lait de femme ont une composition essentiellement différente : le lait de femme est pauvre en caséine et riche en lactose, tandis que l'inverse a lieu pour le lait de vache : est 1 : 3. On peut, par le procédé suivant, préparer, avec le lait de vache, un lait ayant sensiblement la même composition que le lait de femme et se coagulant, comme ce dernier, en masses finement granuleuses, au lieu de former un précipité caillebotté.

On mélange deux volumes d'une solution aqueuse de lactose à 11 ou 12 pour 100 avec un volume de lait renfermant 3 pour 100 de caséine, 3,6 pour 100 de matière grasse, 4,8 pour 100 de lactose et 0,6 pour 100 de cendres. On obtient ainsi un mélange contenant 1 pour 100 de

caséine, 1,2 pour 100 de matière grasse, 8,9 pour 100 de sucre et 0,2 pour 100 de cendres (*Deutsche med. Zeitung*, n° 7, 1890.)

***

211. — De l'antisepsie obstétricale par le sulfate de cuivre. — Proposé déjà à plusieurs reprises par MM. Charpentier, Marry, Doléris et Debacker, ce sel est employé en ce moment sous la forme suivante dans des salles du service de M. Tarnier :

Eau distillée....................	1.000 grammes.
Sulfate de cuivre..............	5 —

Fsa. pour injections.

A cette dose, le sulfate de cuivre n'est point douloureux pour les accouchées et ne produit point d'altérations cutanées sur les mains des infirmières ou des gardes-malades. Il est, de plus, suffisamment antiseptique.

***

212. — Traitement de la tympanite qui accompagne la métrite et la péritonite.

Naphtol............................	ää 4 gr. 50
Carbonate de magnésie................	
Charbon de bois pulvérisé..............	
Essence de menthe poivrée..............	X gouttes.

F. S. A. — Quinze cachets.

S. — A prendre un cachet toutes les fois qu'il y a douleur.

(*Gaz. de Gyn.*)

***

213. — La créoline contre le prurit vulvaire (Durr.)

Huile de graines de lin..................	100 parties.
Créoline............................	3 à 5 —

M. S. — A frictionner les parties affectées trois à quatre fois par jour.

***

214. — Du danger des cautérisations intra-utérines par M. Schrader. — Les cautérisations de la muqueuse intra-utérine avec les divers caustiques, et en particulier avec le perchlorure de

fer, peuvent causer des accidents septiques par suite de la putréfaction des tissus escharifiés (*Cent. f. Gynæk*, 12 avril 1890).

A ce point de vue, M. Schrader considère le curetage utérin comme avantageux. Il l'emploie donc, et dans les cas où il existe des fongosités de la muqueuse, il le fait suivre d'applications d'un topique à la fois caustique et antiseptique. Ce topique est l'acide phénique pur.

***

215. — Traitement de l'incontinence d'urine chez les enfants, par M. Swaney. — Il varie suivant les causes de la maladie.

Y a-t-il hyperacidité de l'urine ? Administrer les alcalins et surtout l'acétate de potasse (*N. Y. Médical Record*, 3 mars 1890).

S'il existe une excitabilité vésicale excessive : ordonner la belladone à la dose de cinq gouttes de teinture, trois fois par jour et en augmentant d'une goutte, jusqu'à production de sécheresse buccale.

Quand la faiblesse du sphincter est excessive : on doit prescrire l'ergot de seigle. L'auteur emploie son extrait fluide à la dose de cinq à six gouttes en injections sous-cutanées. En même temps, il est utile d'administrer les toniques, l'iodure de fer et la strychnine. Enfin, il faut rationner les boissons, car leur usage abusif peut provoquer l'incontinence d'urine.

***

216. — Les dangers de l'ergot de seigle et de l'ergotine après l'accouchement. — Mme Gaches-Sarraute a fait à la session de Limoges de l'*Association française pour l'avancement des sciences*, la communication suivante :

« Depuis l'intervention heureuse des pratiques antiseptiques, les préceptes de M. Pajot sur les dangers de l'ergotine administrée après l'accouchement restent incomplets, et la règle à suivre doit être l'abstention complète, même en présence des plus graves hémorrhagies, de tout emploi d'ergot ou d'ergotine après l'accouchement.

« Ces médicaments sont devenus inutiles et dangereux. En supposant que la malade échappe à l'infection aiguë, amenée par l'inclusion de résidus dans l'utérus, elle est exposée, 90 fois sur 100, à l'invasion d'une affection chronique (métrite) sept, huit mois et quelquefois plus après l'accouchement. En outre, l'utérus restant gros et

la malade se levant trop tôt, il peut survenir des prolapsus rebelles.

« La délivrance faite, il faut faire une injection intra-utérine avec toutes les précautions antiseptiques. Les caillots de sang, très nombreux au niveau de la surface placentaire, sont enlevés avec la main ainsi que les débris membraneux. La cavité utérine est lavée ensuite avec 10 à 15 litres d'eau et l'utérus, après deux jours, revient à son état normal. La manœuvre étant aussi grave que les plus graves opérations, il faut une propreté absolue des mains du chirurgien. »

(*Rev. de thérap. méd. chir.*)



217. — Mixture contre les gerçures du sein.

Salol..........................	3 grammes.
Chlorhydrate de cocaïne..........	0 gr. 20 cent.
Ether sulfurique..................	3 grammes.
Collodion......................	30 —

F. S. A. — Un liniment avec lequel on touche les gerçures du sein.



218. — Résultats définitifs de l'extirpation des annexes de l'utérus dans deux cent dix-neuf cas de fibromes utérins. — M. Lawson Tait. — J'ai pratiqué, jusqu'à la fin de 1888, 327 opérations des annexes de l'utérus dans des cas de fibrome, avec une mortalité de 1.8 0/0. Aussi longtemps que j'obtiendrai des résultats pareils, je continuerai à opérer comme je le fais maintenant, à moins qu'on ne me démontre qu'on peut, par d'autres moyens, arriver au même but.

J'ai recherché ce qu'étaient devenues les 219 malades opérées du 16 mars 1883 au 18 décembre 1888, afin de me rendre un compte exact des résultats définitifs. Quatre de ces malades sont mortes des suites de l'opération. Sur les 215 qui restent, onze seulement n'ont pu être retrouvées. Toutes les autres ont été examinées récemment par les médecins qui me les avaient envoyées ou par moi-même. J'ai constaté trois cas où l'opération a donné un insuccès complet : la tumeur a continué à croître et il a fallu pratiquer l'hystérectomie ; je crois que dans ces trois cas, l'extirpation des annexes était restée

incomplète ; chez trois malades, j'ai fait une erreur de diagnostic ; la tumeur était un sarcome et le traitement n'a pas eu d'effet ; une malade enfin est devenue névropathe après l'opération, mais il est juste de dire qu'elle avait présenté déjà auparavant des symptômes d'aliénation mentale. Keith prétend que 10 0/0 des femmes auxquelles on enlève les ovaires deviennent folles, mais je suis certain que ce chiffre est très exagéré : la folie peut survenir après n'importe quelle opération et paraît être la suite de l'anesthésie par le chloroforme plutôt que de l'opération elle-même. D'autre part, j'ai vu trois cas dans lesquels des symptômes non équivoques d'aliénation mentale ont disparu après l'excision des annexes. Chez 201 femmes sur 215, j'ai constaté une guérison complète après un laps de temps variant de vingt mois à sept ans. La guérison se fait quelquefois attendre plusieurs mois et même plus longtemps, mais dans 179 de mes cas, l'arrêt de la menstruation s'est produit immédiatement et définitivement. La diminution de volume de la tumeur n'est vraiment importante que quand il existe des symptômes de compression et tous les cas de ce genre que j'ai opérés ont guéri. Plus la malade est jeune, plus il y a de chance que la tumeur disparaisse ; après quarante-cinq ans, la diminution de volume est beaucoup moins rapide qu'avant cet âge.



219. — L'Aristol en gynécologie. (Dr Gaudin.)

RECETTE I.

Aristol........................ 5 grammes.
Huile de vaseline................ *q. s.*

pour dissoudre, et ajoutez :

Gomme arabique .... } *q. s.*
Glycérine .... }

pour cinq crayons médicamenteux de 5 centimètres de long et de consistance pâteuse.

RECETTE II.

Aristol.......................... 0 gr. 50 à 1 gr.
Beurre de cacao.................. *q. s.*

pour dix suppositoires ou dix bols vaginaux.

RECETTE III.

Aristol	}	5 gram.
Axonge de porc	}	
Lanoline		40 —

pour pommade ou onguent.

RECETTE IV.

Solution à 10 0/0 d'éther et huiles grasses (huile de vaseline).

RECETTE V.

Peut aussi être employé en savon médicinal surgras. Voici la composition du savon-base :

Suif de mouton	59.3
Huile d'olive	7.4
Soude caustique à 38° Beaumé	22.2
Potasse caustique — —	11.2
	100.0

Aristol dissous dans l'huile : 10 %.



220. — Pâte contre l'eczéma de la vulve. (LASSUS.)

Acide salicylique pulv.	1 à 2 grammes.
Oxyde de zinc pulv.	12 gr. 50 cent.
Amidon pulv.	12 gr. 50 —
Vaseline pure	25 grammes.

F. s. a. une pâte que l'on étend sur la peau, pour combattre l'eczéma généralisé à la fois papuleux et squameux. On couvre la région de coton après la friction.

***

221. — Solution antiseptique pour injections vaginales. (M. F. SURER.)

Naphtol β	15 grammes.
Alcool	300 —

F. s. a. — Usage externe.

On verse une cuillerée à café de cette solution dans un litre d'eau préalablement bouillie et filtrée.

***

222. — Le Simulo contre l'ovaro-salpingite aiguë ou subaiguë. — Le *simulo* est le fruit d'un *capparis* de l'Amérique Méridionale (Bolivie, Pérou), dont l'espèce n'a pas encore été déterminée. Ce fruit, en forme de baie de la grosseur d'une olive, renferme une pulpe encore un peu molle et des semences en assez grand nombre. On peut, en le broyant, le transformer en pilules presque sans addition d'aucun excipient ; au besoin, on ajoute un peu de miel. Le Dr Poulet, de Plancher-les-Mines, qui publie un travail sur l'emploi de ce médicament, a surtout fait usage de la teinture alcoolique anglaise, au huitième.

En Angleterre, plusieurs praticiens l'ont administré contre l'épilepsie, l'hystérie et d'autres affections nerveuses. Le Dr Poulet en a obtenu de bons effets dans l'ovaro-salpingite qui se manifeste assez fréquemment chez les hystériques, après les époques menstruelles. Il recommande d'en faire usage aussitôt que possible et de l'administrer à la dose de 3 à 4 gr. de teinture par jour.

Ce médicament calme très rapidement la douleur intolérable de la partie tuméfiée et la résolution s'opère en quelques jours. Ces conclusions sont tirées de trois observations favorables.

Pilules de simulo :

Fruits de simulo........................... 10 gr.
Excipient.................................. *q. s.*

Faites 50 pilules de 20 centigrammes. 6 par jour.

***

223. — De l'intervention dans la présentation du siège, mode des fesses. — M. Olivier a lu à la *Société de médecine pratique*, l'intéressante communication suivante :

1. *De l'intervention pendant la grossesse.* — Lorsqu'à huit mois de grossesse, l'accoucheur constate l'existence d'une présentation du siège, doit-il laisser les choses en l'état et s'exposer à voir l'enfant naître par le siège, ou bien doit-il transformer par la version par manœuvres externes, la présentation du siège en une présentation du sommet ? En 1886, la Société obstétricale et gynécologique de Paris, saisie de la question, se basant sur la faible mortalité infantile et sur la difficulté et les dangers de la version par manœuvres externes, décida que chez les primipares on pouvait tenter cette version, mais

qu'elle était difficile et dangereuse ; que chez les multipares, si elle était plus facile, elle était moins nécessaire.

Les trois faits suivants démontrent la gravité de la présentation du siège et pour l'enfant et pour la mère. Premier cas : Extraction laborieuse, enfant naissant en état de mort apparente, ranimé. — Deuxième cas : Extraction très laborieuse, durée des manœuvres une heure et demie, enfant mort. — Troisième cas : Extraction très laborieuse, durée des manœuvres une heure, enfant mort, femme morte trois heures après l'accouchement. Les statistiques confirment cette gravité pour l'enfant.

On a dit que la version par manœuvres externes était difficile : elle est quelquefois extrêmement facile. On a dit qu'elle était dangereuse. Quels sont ses dangers ? Une présentation transversale peut succéder à une présentation du siège ? On n'en connaît pas d'exemple. L'utérus peut se rompre. Il se rompt quelquefois spontanément : pas d'exemple. Le placenta peut être décollé ? On n'en connaît que de rares cas où on avait usé de violence.

Conclusion : *Il faut* pratiquer la version par manœuvres externes quand on trouve un siège à huit mois de grossesse, sauf dans les cas suivants : malformation de l'utérus, grossesse multiple, existence soupçonnée de circulaires serrés. Il faut agir doucement.

II. *De l'intervention pendant le travail.* — Au début du travail, si la poche des eaux est intacte, le fœtus non engagé, il faut faire la version par manœuvres externes.

On n'a pas fait la version externe, la dilatation est complète, le siège non engagé : poche des eaux intacte ou rompue. Il faut d'abord essayer d'aller chercher un pied ; on le défléchira soit par la méthode de *Barnes*, soit par celle de *Pinard Mantel* ; si on réussit, on fera l'extraction immédiate. Si on ne réussit pas, avant de faire l'extraction, si l'enfant ne souffre pas, si la santé maternelle ne s'altère pas, on attendra pour permettre l'engagement. S'il faut intervenir, on portera un lacs avec un porte-lacs sur l'aine antérieure et on fera l'extraction ; si on n'avait pas de lacs, on appliquerait le forceps.

Le siège est engagé, on se trouve forcé de terminer l'accouchement : La conduite variera selon la variété de position.

Dans les variétés antérieures, on appliquera le lacs sur l'aine antérieure ; la direction de la traction est bonne : il n'y a pas de danger de fracture de fémur.

Dans les variétés postérieures, on appliquera le forceps de Tarnier

sur les cuisses de l'enfant ; on tirera autant que possible pendant les contractions et on fera faire l'expression utérine. En cas d'insuccès, lacs.

Le siège est à la vulve, la fesse postérieure est arrêtée par le périné ; on emploiera la méthode birectale.



224. — Etude comparative des divers agents anesthésiques employés dans les accouchements naturels. —Voici les conclusions de l'intéressante thèse de notre ami le Dr Jules Chaigneau, en ce qui concerne chaque anesthésique en particulier.

Chloroforme. — Le chloroforme en obstétrique est l'agent le plus facile à manier, à condition qu'il soit chimiquement pur. Donné à petites doses, au moment de chaque contraction utérine, il détermine une analgésie plus ou moins complète, mais suffisante ordinairement pour ramener le calme chez les malades nerveuses ou épuisées. Il régularise les contractions utérines et facilite l'abaissement de la partie fœtale en relâchant le périnée.

Le chloroforme ne semble avoir aucune action bienfaisante ou contraire sur la marche du travail, sur la délivrance, sur la production des hémorrhagies post-partum et sur les suites de couches.

Il est indiqué dans tous les cas de douleurs trop grandes, de contractions irrégulières de l'utérus, de contraction spasmodique et de rigidité du col, de rétention placentaire par contraction utérine, de résistance du périnée et de tranchées utérines mal tolérées.

Les seules contre-indications du chloroforme sont : la chloro-anémie avec tendance aux lipothymies, la syncope, l'idiosyncrasie. Les affections pulmonaires aiguës ou chroniques, les maladies du cœur, du rein, du système nerveux ne doivent pas arrêter le médecin prudent dans l'emploi de cet anesthésique.

Enfin, le chloroforme n'a aucune action fâcheuse sur la mère ni sur l'enfant.

Chloral. — L'anesthésie produite par le chloral, subordonnée à la quantité employée du médicament, n'est pas immédiate, et sa durée est relativement plus longue que celle du chloroforme.

Le chloral est sans danger pour l'enfant, de même que pour la mère, à moins qu'elle ne soit très épuisée ou atteinte d'une affection cardiaque. Dans ce cas, il ne devra pas être employé, pas plus que lorsque

l'enfant souffre, ou que son état ou celui de sa mère nécessitent une intervention rapide. On devra alors lui préférer le chloroforme.

Le chloral, administré par la voie stomacale ou le rectum, sera employé surtout pendant la période de dilatation.

Ether. — En règle générale, l'éther doit être abandonné dans la pratique courante ; il est inférieur comme anesthésique au chloroforme, et, de plus, il présente un danger trop sérieux : son inflammabilité.

Morphine. — Son action paralysante sur la fibre musculaire de l'utérus, est une contre-indication formelle à son emploi dans le cours du travail pour combattre la douleur.

Amylène. — L'amylène produit une anesthésie prompte, moins profonde et moins durable que le chloroforme ; mais il a comme inconvénients : son odeur peu agréable, sa grande volatilité et son inflammabilité facile, autant de causes qui doivent le faire abandonner.

Bromure d'éthyle. — Le bromure d'éthyle ne semble pas dans tous les cas faire disparaître la douleur, et son action sur les contractions utérines est loin d'être toujours favorable. Ces raisonnements ne doivent donc pas faire préférer ce corps à un autre agent anesthésique.

Hypnotisme. — L'hypnotisme est un agent infidèle, et, par ce fait, à rejeter. Il demande, pour être employé, un médecin très exercé, des malades spéciales, et encore les résultats obtenus sont-ils problématiques. En effet, si les douleurs disparaissent avec une facilité relative pendant la période de dilatation, ce résultat est exceptionnel pendant l'expulsion.

Antipyrine. — L'antipyrine administrée à dose suffisante dans le cours du travail, rendra comme analgésique de très grands services. Les injections d'antipyrine (1 gr.) paraissent préférables aux lavements pour les raisons indiquées plus haut.

Cocaïne. — Dans certains cas la cocaïne pourra être une précieuse ressource pour atténuer les douleurs au moment du passage de la tête à travers le canal vagino-vulvaire.

Protoxyde d'azote.— Ce corps, comme anesthésique, ne présente jusqu'à ce jour aucun avantage pratique.

Méthodes composées. — Faute d'observations, l'auteur ne peut encore se prononcer sur l'emploi des méthodes mixtes dans le cours de la parturition. Les travaux publiés à ce sujet sont relativement peu

nombreux et traitent la question bien plus dans le sens chirurgical qu'obstétrical.

***

225. — Traitement des hémorrhoïdes par les pulvérisations phéniquées, par le professeur VERNEUIL. (*Gazette des Hôpitaux*, 1890, n° 98.) — Suivant M. Verneuil, la dilatation de l'anus est le procédé de choix dans le traitement des hémorrhoïdes. Que celles-ci soient fluentes ou qu'elles ne le soient pas, qu'elles aient un gros volume ou qu'elles soient petites, la dilatation anale assure leur guérison dans la grande majorité des cas. Cependant, on a noté des insuccès. Il est, d'autre part, des contre-indications à la dilatation forcée. Les hémorrhoïdes sont parfois enflammées ou étranglées. En examinant les malades on voit, au niveau de l'anus, un gros bourrelet, rouge, dur, douloureux au toucher et irréductible. Dans ces conditions, il vaut mieux recourir aux moyens moins violents. Autrefois on prescrivait des bains, des embrocations émollientes. On parvenait, dans quelques cas, à augmenter les douleurs. Le plus souvent, l'intervention était illusoire.

Lisfranc employait une méthode plus efficace, mais qui n'était pas exempte de dangers, la saignée des hémorrhoïdes avec une lancette. Or il est assez périlleux d'ouvrir une veine, surtout dans une région où les chances d'infection sont considérables. Les pulvérisations phéniquées, tout en étant inoffensives, sont aussi efficaces, dans ces cas d'hémorrhoïdes enflammées ; encore faut-il que les pulvérisations soient chaudes. Pour cela, il faut qu'elles soient faites à une assez faible distance de la tumeur hémorrhoïdaire. M. Nicaise a publié des expériences très intéressantes, qui démontrent qu'on peut, avec un pulvérisateur, obtenir à volonté un jet chaud ou froid. Lorsque le pulvérisateur est à 1 mètre environ de la surface d'application, le jet est froid, à 80 centimètres, la pulvérisation est fraîche, à 25 centimètres de l'instrument, la pulvérisation est chaude. En tenant compte de ces données expérimentales, il est facile de se mettre à l'abri d'une cause d'insuccès.

Si la pulvérisation échoue, il ne reste plus qu'à procéder à la dilatation anale, en anesthésiant le malade.

***

226. — De l'asepsie substituée à l'antisepsie. (M. VON BERGMANN.) — Depuis deux ans, je me sers couramment à ma clinique de la simple asepsie à la place des méthodes antiseptiques. Il va sans dire que cette substitution n'est pas toujours possible et qu'elle n'est praticable qu'en l'absence de suppurations, de phlegmons, de gangrène et de lymphangite.

La méthode aseptique est basée sur le fait bien constaté de la rareté de l'infection de la plaie par l'intermédiaire de l'air. Le contact des poussières atmosphériques et de leurs germes pathogènes avec la plaie ouverte est si court que, généralement, aucune action nocive n'a le temps de se produire. On peut d'ailleurs protéger la plaie en la recouvrant de compresses autant que le permettent les manœuvres opératoires.

Afin que la salle d'opération contienne le moins possible de poussières, les murs doivent être lisses et faciles à nettoyer. Le plancher doit être maintenu dans un état permanent d'humidité pour que les germes infectieux qui tombent des plaies suppurantes ne puissent se répandre dans l'air.

Un ensemble de mesures rigoureuses est nécessaire pour éviter l'infection des plaies par le contact direct.

Tout d'abord, c'est la toilette du champ de l'opération et des régions avoisinantes. La peau y sera savonnée, et les poils soigneusement rasés. Puis on lavera les parties avec de l'eau stérilisée et du savon de potasse à sec et frictionnées avec une serviette stérilisée. J'attache une grande importance à ce que ces frictions soient énergiques, car c'est là le meilleur moyen d'enlever des couches superficielles de l'épiderme avec les poussières et les microbes qui y adhèrent. Enfin, la peau sera lavée, d'abord avec de l'alcool à 80°, puis avec une solution de sublimé à 1/2 0/00.

On procède de la même façon au nettoyage de l'opérateur et de ses aides en se servant pour cette toilette de brosses qui restent toujours plongées dans une solution de sublimé à 1/2 0/00.

Immédiatement avant l'opération, le malade est placé sur un drap sec stérilisé et enveloppé d'un drap semblable. Seul le champ de l'opération est laissé à découvert.

Tous les instruments sont soumis à l'ébullition dans une solution de soude à 1 0/0 où ils séjournent jusqu'au moment de s'en servir. On les prend au fur et à mesure que l'opérateur les demande, on les essuie avec un morceau de gaze stérilisée, et on les passe à l'opéra-

teur. S'ils sont souillés pendant l'opération, il suffit pour les nettoyer et les stériliser, de les plonger à nouveau pour quelques secondes dans la solution de soude que l'on tient toute prête à l'état d'ébullition. Avec ce procédé, les instruments sont non seulement toujours propres et aseptiques, mais ils restent tranchants et ne se rouillent pas.

Pendant l'opération, il faut avoir soin d'obtenir l'hémostase parfaite. Je n'emploie jamais d'éponge pour absterger la plaie et je me sers à leur place de morceaux de tarlatane sèche simplement stérilisée et qui n'est imprégnée d'aucune substance antiseptique. Tous les vaisseaux sectionnés sont saisis au moyen de pinces et liés au catgut. On ne doit jamais suturer la plaie avant qu'elle ne soit complètement sèche et qu'elle ne laisse plus échapper une goutte de sang.

Les fils de catgut, enroulés en couche unique autour de plaques de verre étroites, sont désinfectés dans une solution alcoolique de sublimé à 5 0/0, qu'on renouvelle plusieurs fois jusqu'à ce qu'elle reste complètement limpide. Un peu avant l'opération, les fils de catgut sont extraits de cette solution forte pour être plongés dans une solution alcoolique de sublimé à 1 0/0.

Les fils de soie pour sutures ne sont pas soumis à l'action des substances antiseptiques, mais sont stérilisés, ainsi que tous les objets de pansement et le linge, dans un stérilisateur à vapeur muni d'un thermomètre électrique. Tous les objets soumis à la stérilisation doivent séjourner dans l'appareil pendant une demi-heure à partir du moment où le thermomètre atteindra 100°. Ils sont ensuite emballés dans des sacs en toile et ces sacs sont de nouveau placés dans l'appareil de stérilisation. Une infirmière dont les mains ont été préalablement désinfectées est chargée d'extraire du sac les objets stérilisés qui sont apportés dans la salle d'opération entre deux linges stérilisés.

Après les amputations du sein pour cancer avec évidement de la fosse axillaire, j'introduis souvent un drain dans la direction du creux de l'aisselle. Cependant, dans cette opération comme dans les autres, le drainage n'est pas toujours nécessaire et il suffit souvent de ménager entre les points de suture des fentes pour l'écoulement des liquides. On peut aussi maintenir béante une partie de la plaie eu suturant une certaine étendue de la peau, à l'aide de catgut, aux parties molles sous-jacentes.

La plaie est finalement recouverte de gaze ou de ouate simplement

stérilisées, sans adjonction d'aucune substance antiseptique. Ce premier pansement est laissé en place pendant huit ou dix jours et même pendant trois semaines, lorsqu'il s'agit d'opération sur les os.

Telle est la méthode aseptique qui est d'un usage courant dans ma clinique. Excellente dans un très grand nombre de cas, elle n'est cependant pas applicable dans les conditions suivantes : 1° lorsqu'on doit opérer sur des parties atteintes de tuberculose ; 2° lorsqu'on se trouve en présence de suppurations, de phlegmons ou de gangrène ; lorsqu'on opère dans la cavité buccale, sur le rectum et sur l'urèthre.

Dans tous ces cas où l'infection peut facilement survenir, je laisse d'abord la plaie ouverte et je la bourre de gaze iodoformée que je n'enlève qu'après deux jours. Au bout de ce temps, la plaie peut être suturée dans la majorité des cas. Pour faciliter l'écoulement des liquides sans recourir au drainage, on peut maintenir béante une partie de la plaie par les moyens que je vous ai indiqués tantôt.



227. — A quel âge faut-il opérer le bec-de-lièvre, par M. Forgue (*Gaz. Hebdom.*) — Il y a des conditions de variétés anatomiques et de variétés individuelles dont la considération prime toute formalité : l'enfant est vigoureux, sainement constitué, l'opération peut être faite ; si l'enfant, au contraire, est souffreteux, il peut être indiqué de retarder au delà du second trimestre une intervention même simple et rapide.

S'agit-il d'un bec-de-lièvre double et compliqué, nécessitant une restauration chéiloplastique complexe ou une intervention contre une pièce intermaxillaire saillante, il est plus prudent de reculer jusqu'à la fin de la première année, même jusqu'à dix-huit mois, deux ans, l'opération, comme le demande Le Dentu.

D'autre part, à moins de faiblesse congénitale extrême, il est mauvais de retarder jusqu'à la troisième, quatrième, cinquième année, une semblable intervention.

A ce moment, l'enfant crie, se débat, contracte ses muscles de la face : si l'on attend le complet développement des germes dentaires, des déformations secondaires et gênantes se surajoutent par la déviation des dents ou leur implantation irrégulière. De plus, on a laissé le nez s'épater, les cartilages des ailes se raidir, l'orbiculaire écarter les bords de l'entaille labiale et augmenter la difformité ; il ne faut

pas oublier, au surplus, que l'opération précoce de la fente de lèvres est le moyen de s'opposer aux progrès de l'écartement médio-palatin ; Trélat y insiste avec raison.

Il faut compter aussi avec tous les cas de pathologie infantile. Tel enfant qu'on va opérer a du coryza, de la stomatite aphteuse, de l'entérite : il faut attendre ; tel autre est dans un foyer à rougeole, à scarlatine : il faut également attendre.

Celui-ci vous est amené en pleine période chaude, au moment où sévit la diarrhée infantile, ou celui-là va être sevré ; on différera.

Il faut donc se baser surtout sur le bon sens et l'expérience.

FORMULAIRE

Traitement médical de l'endocervicite ou catarrhe cervical. (*Formulaire n° 1*). — (Jules Chéron).

Quand l'endométrite cervicale est d'origine récente et quand l'hypertrophie des glandes n'est pas encore très prononcée, on peut espérer la guérison par un certain nombre de moyens médicaux qui, insuffisants lorsqu'on emploie chacun d'eux isolément, deviennent efficaces lorsqu'on les associe d'une manière judicieuse.

Le catarrhe cervical est une affection excessivement fréquente ; en guérissant l'endométrite cervicale dès qu'elle fait son apparition, on met la malade à l'abri des accidents plus sérieux qui sont la conséquence de la propagation de l'infection à la cavité utérine, aux trompes, aux ovaires et au péritoine. La question est donc très importante au point de vue pratique.

Nous allons consacrer, au traitement du catarrhe cervical, une série de formulaires, en commençant par les injections vaginales.

1° *Appareil à injections.*—Tous les anciens appareils : irrigateurs, injecteurs de modèles variés, pompes à mains, etc., sont à abandonner. Ils ont tous des inconvénients multiples, dont les principaux sont de projeter le liquide sous une pression trop forte et par saccades et, pour un grand nombre d'entre eux, d'injecter de l'air au lieu d'eau, à certains moments.

L'appareil le meilleur est le sac de caoutchouc muni d'un tube suf-

fisamment long, sur lequel on fixe une courbe en verre épais. Le sac de caoutchouc est suspendu à une faible hauteur, cinquante à soixante centimètres représentant une pression suffisante. La canule en verre, sera, chaque fois qu'on devra s'en servir, plongée dans l'eau bouillie après avoir été nettoyée avec soin.

2° La *quantité d'eau* nécessaire pour chaque injection, dans le cas actuel, est d'un litre à un litre et demi.

3° Le *nombre des injections* est, en général, de deux par jour : une le matin, une le soir. S'il y avait complication de vaginite chronique, il serait bon d'augmenter le nombre des injections.

4° *Température du liquide*. — Ne jamais employer l'eau froide qui très souvent exaspère la névralgie lombo-abdominale concomitante. L'eau tiède sera surtout utile si la douleur est vive ; l'eau chaude, à 45°, est préférable quand les phénomènes congestifs sont prédominants.

5° *Nature du liquide*. — Voici une série de formules que l'on peut utiliser avec avantage :

a) Sulfate de cuivre............. 30 grammes.
en 10 paquets

un paquet par litre d'eau, pour injections vaginales, matin et soir.

b) Borate de soude.............. 100 grammes.
en 10 paquets

un paquet par litre d'eau.

c) Acide borique................ 100 grammes.
en 10 paquets

un paquet par litre d'eau.

d) Acide picrique............... 8 grammes.
Eau distillée un litre

une cuillerée à soupe par litre d'eau.

e) Solution normale de perchlorure de fer

vingt à cent gouttes par litre d'eau.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont Oise).— Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE
DES
MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

QUELQUES MOTS SUR LE MASSAGE GYNÉCOLOGIQUE EN GÉNÉRAL. — DESCRIPTION DE LA MÉTHODE DE BRANDT POUR LE TRAITEMENT DU PROLAPSUS UTÉRIN.

Longtemps délaissé pour des raisons diverses, le massage des organes pelviens commence à entrer dans la pratique gynécologique. A mesure que chaque expérimentateur acquiert une plus grande habitude du traitement manuel des déviations utérines, il prend chaque jour une confiance plus grande dans l'emploi de ce moyen thérapeutique. Il est incontestable qu'on peut, par le massage, détruire des adhérences pathologiques unissant entre eux les organes pelviens et les maintenant dans une position vicieuse. Ramener les organes dans une position tout à fait normale et surtout les maintenir d'une façon durable dans cette position normale, n'est pas toujours chose facile, ni peut-être même chose possible dans tous les cas, mais il n'est pas douteux que tout gynécologiste rompu avec les difficultés de l'examen bi-manuel peut rapidement et sans grand apprentissage arriver à faire disparaître les exsudats chroniques du bassin et à rendre à l'utérus et aux annexes leur mobilité complète. Or, d'après ce que j'ai vu, une fois que les exsudats se sont résorbés, une fois que les organes sont redevenus mobiles dans le bassin, le résultat le plus im-

portant a été obtenu, puisque les troubles de la nutrition, les troubles nerveux réflexes, les douleurs, la difficulté de la marche, etc., tous les symptômes les plus pénibles en un mot, disparaissent comme par enchantement. M. Lucas-Championnière a vu très juste et a fait de l'excellente observation clinique lorsqu'il a mis, au premier rang des bienfaits de la laparotomie, la rupture des adhérences pathologiques qui unissent entre eux les organes pelviens et qui sont le reliquat des inflammations salpingo-ovariennes; dans bien des cas, ce n'est pas tant la castration qui rend service que la destruction des adhérences vicieuses, ce que le massage permet de faire aussi bien que la laparotomie.

Il est inutile de dire que nous considérons le massage pelvien comme contre-indiqué dans tous les cas d'inflammation aiguë et récente des annexes, dans tous les cas dans lesquels de la fièvre ou même un léger mouvement fébrile fait craindre qu'une collection purulente existe dans le bassin. Le massage ne s'adresse qu'aux cas *chroniques*, *anciens*, *apyrétiques*, il ne doit être mis en œuvre que *sur des organes désinfectés* au préalable; ce sera souvent le complément d'un curettage ou d'une série de manœuvres thérapeutiques destinées à combattre l'endométrite et la métrite. Enfin, le massage ne peut être pratiqué sans danger que par un médecin ou un chirurgien habitué à manier les organes pelviens, sachant en face de quelles lésions il se trouve, susceptible de faire la topographie exacte du cas à traiter, etc. L'habitude de l'examen bi-manuel, en un mot, est la véritable école par laquelle il faut avoir passé avant de faire du massage gynécologique.

Nous aurons l'occasion de décrire en détail, un jour ou l'autre, les manœuvres applicables aux *déviations utérines adhérentes* et aux *exsudats pelviens* qui représentent, d'après mon savant maître, M. le Dr Chéron, l'indication la plus importante du massage. Nos lecteurs trouveront d'ailleurs quelques renseignements sur ce sujet dans le formulaire du mois de mars 1890 (1) et dans la

(1) Jules Chéron. Traitement des rétroversions adhérentes par le massage. *Revue des maladies des femmes*, mars 1890.

monographie de M. Chéron sur les Phlegmasies péri-utérines (1). Pour aujourd'hui, nous donnerons, d'après Profanter (2), la description exacte de la méthode de Brandt pour la réduction du *prolapsus utérin* ; on parle beaucoup de cette méthode depuis quelque temps, il n'est donc pas sans intérêt de la connaître mieux que par les descriptions vagues qui en avaient été faites jusqu'au travail que je viens de citer.

1° Brandt fait une séance par jour, en commençant par un léger *tapotement sur la région sacrée*. La malade est debout, penchée en avant, s'appuyant avec les mains sur un meuble ; avec le poing fermé, en prenant soin que les mouvements se produisent dans l'articulation du poignet, l'opérateur donne quelques coups légers sur la région sacrée, au-dessus des vêtements de la malade. Pendant les règles, le tapotement est contre-indiqué.

2° Après cela on pratique le *soulèvement de l'utérus*. La malade, la vessie ayant été vidée au préalable, les vêtements étant desserrés autour des hanches, le corset ouvert, etc., est placée sur un canapé court et étroit (116 centimètres de longueur, 70 centimètres de large) dans une position spéciale, mi-couchée, mi-assise. Le peu de longueur du canapé force la malade à fléchir fortement les genoux et les cuisses. Le buste, appuyé sur des coussins, est soulevé et penché en avant; en outre, pour que les téguments abdominaux soient dans le relâchement le plus complet on fait incliner la tête en avant à l'aide d'un coussin, jusqu'à ce que le menton touche presque la poitrine.

L'aide, assis sur un siège à gauche de la malade et la figure tournée vers elle, refoule l'utérus à l'aide des deux mains et le place dans la position normale de l'antéversion. L'index gauche est ensuite introduit dans le vagin, appliqué par sa face palmaire à la face antérieure du col, refoulant celui-ci en haut et en arrière. Puis, l'aide applique doucement la main droite sur l'abdomen,

(1) Voir spécialement le numéro de juin 1890 de la *Revue des maladies des femmes*.

(2) PROFANTER. Le traitement manuel du prolapsus utérin. Trad. de Jacobs. Bruxelles, 1889.

le bout des doigts dirigés vers la symphyse, exactement sur l'utérus maintenu en forte antéflexion.

L'opérateur lui-même est placé en face de la malade, au pied du canapé; le genou gauche sur ce siège, le pied droit reposant par terre, la hanche appuyée contre les genoux écartés de la malade. Il pose les deux mains en position très supinée sur l'abdomen, le bout des doigts contre la symphyse des deux côtés de la main droite de l'aide, à peu près au niveau du promontoire. Les mains dans la position indiquée, les bras complètement tendus, produisent une légère secousse et refoulent doucement les intestins en haut. Inclinant fortement le buste en avant, les bras toujours tendus, l'opérateur fait glisser en bas, dans la direction de la symphyse, ses deux mains posées à plat sur l'abdomen. Ses deux mains fermées pénètrent alors profondément dans le bassin, entre la symphyse et l'utérus (des deux côtés de la main de l'aide qui maintient toujours l'organe) et le saisissent par sa face antérieure et ses deux côtés. Lorsque le masseur a bien saisi l'utérus, l'aide retire la main droite. L'opérateur fait alors remonter très lentement et avec prudence la matrice vers l'ombilic et quelquefois jusqu'à ce niveau, quand les ligaments sont très relâchés. L'utérus élevé au maximum sans violence, échappe doucement des mains qui le retenaient; l'aide, dont l'index gauche est resté dans le vagin, surveille cette descente, la ralentit et maintient l'utérus en antéflexion à la hauteur normale.

Ces soulèvements sont habituellement répétés deux à trois fois par séance, avec quelques minutes de repos, pendant lesquelles l'aide masse légèrement le fond de l'utérus.

Remarque importante. Les mains de l'opérateur, les téguments abdominaux de la malade ne doivent jamais être enduits d'un corps gras ; pour le soulèvement, on peut même opérer au-dessus de la chemise, ce qui donne plus de prise aux mains et les empêche de glisser.

3° Brandt termine la séance par la *gymnastique des adducteurs* destinée à augmenter la puissance du releveur de l'anus et de tous les muscles du bassin.

La malade, placée dans la position précédemment décrite, rap-

proche les jambes et les genoux et soulève la région fessière de façon que le corps repose sur les deux coudes et la plante des pieds. Un aide saisit alors les genoux de la malade et les écarte pendant que la malade résiste. Cet exercice est fait trois fois de suite, puis on fait faire à la malade le mouvement contraire : c'est elle qui rapproche les genoux écartés, pendant que le masseur oppose de la résistance.

Pendant la journée, la malade doit produire elle-même 10 à 20 fois de suite et à différentes reprises la contraction du releveur de l'anus ; pour cela, elle s'étend en décubitus dorsal, les pieds croisés, et elle s'efforce de resserrer et de rentrer spontanément l'anus.

Après chaque séance, la malade reste couchée pendant 5 à 10 minutes, en changeant peu à peu le décubitus dorsal en décubitus abdominal. On fait alors un nouveau tapotement très doux sur la région sacrée.

La malade évite la fatigue et même garde le repos absolu pendant les premiers jours, puis on lui permet quelques promenades dont la durée est progressivement augmentée.

Le traitement demande de 4 à 8 semaines, suivant les cas.

Profanter pense que les lésions graves du périnée doivent être réparées chirurgicalement avant de faire le massage. Il conseille de suivre la méthode de Brandt dans toute sa rigueur et même de lui associer le massage général.

Il n'est que trop facile de faire des objections à la méthode que nous venons de décrire ; ce qui nuira sans doute à sa vulgarisation, c'est sa complexité, sa difficulté, le temps qu'elle demande et surtout — en ce qui concerne le soulèvement de l'utérus — la nécessité d'avoir avec soi un aide expérimenté. Il est bon de dire cependant que, de l'avis de tous, l'une des pratiques les plus importantes de la méthode de Brandt, la chose capitale même, d'après Preuschen, est la gymnastique des adducteurs qui est d'une application facile. Peut-être, dans les cas légers et récents, pourrait-on s'en contenter ; je l'ai vivement conseillée à quelques malades de la clinique de M. le Dr Chéron, dans des cas d'abais-

sement simple, et, au bout de peu de temps, on constatait une amélioration très appréciable dans le mode de suspension de l'utérus ; je n'ai pas encore eu l'occasion de l'appliquer à des prolapsus anciens et complets.

JULES BATUAUD.

LE DRAINAGE DE LA CAVITÉ UTÉRINE

Par les voies naturelles,

Par le Dr JULES CHÉRON, Médecin de Saint-Lazare.

(*Suite.*)

—

F. *Sub-involution et endométrite de la cavité utérine.*

L'endométrite de la cavité utérine et l'arrêt d'involution de l'utérus après l'accouchement ou après l'avortement marchent presque toujours de pair. Cependant, pour bien comprendre l'action du drainage de la cavité utérine, dans ces cas complexes, il est utile d'étudier isolément les deux lésions : la sub-involution et l'endométrite, et de voir pour quelles raisons le drainage se montre utile aussi bien contre l'une que contre l'autre.

a) *Sub-involution utérine.* — Depuis quelques années, alors que le curettage prenait définitivement la place qu'il méritait d'occuper parmi les opérations les plus bienfaisantes de la gynécologie, alors que les travaux histologiques se multipliaient sur les diverses altérations dont la muqueuse de la cavité utérine peut être atteinte, la préoccupation qu'imposait l'endométrite, préoccupation qui est du reste des plus légitimes, a eu l'inconvénient de faire oublier par trop l'importance de la sub-involution. C'est pour réagir contre cette préoccupation trop exclusive de l'endométrite que je commencerai par la sub-involution de l'utérus après l'accouchement ou après l'avortement. Pour se faire une idée nette de l'action du drainage de

la cavité utérine dans les cas dont nous parlons, il est nécessaire en effet de savoir en quoi consiste l'involution normale, quelles sont les causes qui peuvent provoquer l'arrêt de la régression physiologique et quelles sont les modifications qui se produisent dans l'utérus en involution. Je n'ai du reste pas l'intention de m'attarder très longtemps sur ces différents points qu'on trouvera plus amplement développés dans les récents traités d'obstétrique, mais je suis forcé de rappeler les faits principaux, de les analyser et de les grouper, ce que je ferai aussi brièvement que possible.

Au moment de la délivrance, l'utérus à terme est 24 fois plus volumineux (Meckel) et 20 fois plus pesant (Tarnier) qu'à l'état de vacuité ; son diamètre vertical mesure, en moyenne, 16 centimètres (Charpentier) au lieu de 6 centimètres comme avant la grossesse. On comprend, par ces chiffres, l'importance du travail d'involution qui va s'accomplir dans cet organe. Ce travail se traduit, à l'extérieur, par un retrait de l'utérus assez régulier, dans les cas normaux, et variable de 1 à 2 centimètres par jour. Il faut six semaines environ pour que l'utérus revienne à son poids normal et 3 mois pour que l'épithélium qui tapisse sa cavité forme un revêtement continu et complet.

Si ces faits sont bien établis, il n'en est pas de même des processus histologiques par lesquels s'opère la transformation du parenchyme utérin et la reconstitution de la muqueuse interne de la matrice. La substance musculaire du vieil utérus est-elle, comme le veut la théorie de Lobstein (1803), frappée de mort, son rôle étant terminé après l'accouchement, et subit-elle une dégénérescence granulo-graisseuse complète, en même temps que se forme un nouveau parenchyme utérin aux dépens d'éléments embryonnaires : noyaux et cellules qui deviendraient des fibrilles musculaires de plus en plus parfaites (Heschl) ? Ou bien, y a-t-il, comme le croyait Robin, destruction partielle, résorption simple d'une partie des éléments et retour à l'état normal de ceux qui sont conservés, sans forma-

tion d'éléments nouveaux? Bien que la première théorie soit plus généralement acceptée, surtout depuis les travaux de Kolliker et de Heschl, bien des points sont encore sujets à discussion.

De même pour la muqueuse, on ne sait pas si elle est entièrement ou incomplètement caduque. D'après les derniers mémoires de Friedlander, Hundrot et Langhaus, les couches superficielles de la muqueuse subissent seules la dégénérescence granulo-graisseuse et sont seules caduques; les espaces glandulaires et les culs-de-sac glandulaires persistent, de telle façon que le muscle utérin ne soit jamais à nu; enfin l'épithélium des culs-de-sac glandulaires se met à proliférer, le tissu glandulaire se reproduisant en même temps que les glandes s'allongent, et la muqueuse nouvelle se trouve ainsi reconstituée.

Quoiqu'il en soit, les lochies représentent, en grande partie, les produits résultant de l'involution utérine et on comprend l'importance de cette voie d'excrétion si l'on se rappelle que la quantité de lochies perdues pendant les huit premiers jours seulement est, d'après Gassner, de 1485 grammes chez les femmes qui nourrissent et atteint le double chez celles qui ne nourrissent pas. Ces lochies, d'abord constituées par du sang presque pur, puis sanguinolentes, deviennent enfin purulentes et séro-purulentes. On y trouve, à l'examen microscopique, des hématies, des lamelles épithéliales, des corpuscules de pus, de grands agrégats de noyaux et des globules graisseux en grande abondance.

Les lochies durent habituellement six semaines chez les femmes qui ne nourrissent pas; or nous avons vu que l'involution du parenchyme utérin demande le même temps pour être complète.

Après l'avortement, un travail analogue se produit et, bien que l'utérus soit moins volumineux, il semble que son involution ait plus de difficulté à s'effectuer. On comprend qu'il en doive être ainsi par ce fait qu'au moment de l'avortement, le parenchyme utérin est en pleine voie d'hypertrophie, tandis

que l'accouchement normal trouve des éléments épuisés déjà et prêts à entrer dans la phase régressive. Pour la même raison, dans le cas de fausse couche, la muqueuse utérine est encore en pleine vitalité et par suite la déliquescence granulo-graisseuse de ses couches superficielles et sa régénération complète se feront plus difficilement qu'après une délivrance à terme. Ici encore, il y a des lochies d'une durée proportionnelle au temps nécessaire pour que l'involution s'effectue ; leur abondance extrême ou leur prolongation excessive indique que l'élimination de la muqueuse ne se fait que lentement et par lambeaux séparés.

Dans un grand nombre de cas, la régression de l'utérus, après l'accouchement ou l'avortement, est interrompue avant d'être complètement terminée ; le lever prématuré, les rapports conjugaux, la reprise anticipée des travaux habituels, les infections variées qui se produisent avec une si grande facilité pendant cette période des suites de couches, sont les causes qui déterminent le plus ordinairement cet arrêt d'involution, et cela d'autant plus facilement que l'organe aura été fatigué par des grossesses répétées coup sur coup. Alors, comme dans le cas d'affections puerpérales (lymphangite, péritonite, métro-péritonite), les lochies se suppriment ou deviennent moins abondantes, pendant que le retrait de l'utérus subit lui-même un temps d'arrêt.

La sub-involution simple, telle qu'elle a été décrite, pour la première fois, par J. Simpson, en 1852 (1), est donc uniquement constituée par ce fait que l'utérus reste en partie ce qu'il était pendant la grossesse ou après l'accouchement ; c'est une hypertrophie qui n'est pathologique que par suite de sa durée excessive et aussi parce qu'elle prédispose puissamment à la métrite et aux déviations, surtout aux rétro-déviations et à l'abaissement de l'organe.

On la reconnaît à l'augmentation de volume uniforme de la

(1) Morbid deficiency and morbid excess in the involution of the uterus after delivery. *Edinburg medical Journal,* 1852.

matrice, à sa mollesse et à sa couleur rouge vineux qui rappellent la congestion gestative. C'est en effet la congestion qui doit être considérée comme la cause première de l'arrêt d'involution ainsi que je l'ai démontré ailleurs (1), c'est elle qui favorise l'infection utérine et qui l'éternise, c'est elle aussi qu'il faut combattre tout d'abord si l'on veut réveiller le travail régressif de l'utérus.

A ce seul point de vue, le drainage de la cavité utérine est particulièrement indiqué. Mais il y a plus, non seulement il est nécessaire de décongestionner la matrice, mais il faut ici activer la résorption des éléments en dégénérescence granulo-graisseuse et la formation des fibres musculaires normales. Simpson avait pensé que l'introduction de corps étrangers dans la cavité utérine : tentes d'éponge ou pessaires intra-utérins, déterminerait un état passager d'hypertrophie qui serait suivi d'évolution rétrograde plus ou moins vive, lorsqu'on retirerait le stimulus artificiel. Je ne crois pas que le drainage, tel que je l'emploie, agisse de cette façon, car j'ai toujours vu la tendance à la régression apparaître dès les premiers jours et l'utérus revenir progressivement sur lui-même jusqu'à ce que le drain soit expulsé. Tout d'abord l'organe se décongestionne dans la profondeur, puis le col pâlit à son tour et la décoloration s'accentue peu à peu en partant des insertions vaginales pour gagner finalement le pourtour de l'orifice externe.

Pendant ce temps l'utérus diminue de volume et prend une consistance de plus en plus ferme. C'est du reste ce qui se passe dans l'involution normale. Mais la comparaison doit être poussée plus loin. Nous avons vu le rôle excrémentitiel joué par les lochies sanglantes, puis sanguinolentes, séro-purulentes et purulentes ; la quantité de noyaux, de globules de pus et de corpuscules graisseux contenue dans les lochies pourrait en quelque sorte (en dehors de la lactation, bien entendu) servir à mesurer la rapidité du travail d'involution, puisque les lochies correspondent aux déchets des transforma-

(1) Jules Chéron. Pathogénie des affections utérines, loc. cit.

tions histologiques qui se passent dans la profondeur de l'organe.

Or avec le drainage appliqué aux cas de sub-involution qui n'ont pas encore abouti à la métrite parenchymateuse confirmée, nous voyons d'abord survenir dans les sept ou huit premiers jours, un écoulement sanguin avec le drain en érigne, sanguinolent avec le drain en anse ; puis cet écoulement est remplacé par un écoulement séro-purulent, puis franchement purulent ; ces excrétions de diverse nature continuent, sans autre interruption que le temps des règles, pendant six à huit semaines, dans certains cas, pendant trois à quatre semaines dans d'autres. N'y a-t-il pas là un fait digne d'attention et n'est-il pas permis de penser qu'il se fait, dans les tissus utérins, les mêmes transformations histologiques que pendant l'involution naturelle, alors que tous les phénomènes extérieurs, depuis la diminution de volume, de poids, de consistance et de vascularisation jusqu'aux écoulements, rappellent d'une façon aussi exacte le tableau de la régression physiologique ? Je crois que les observateurs qui voudront bien employer le drainage seront frappés, comme je l'ai été moi-même, de cette analogie entre la nature de l'écoulement qu'il produit et l'écoulement lochial. Quant aux autres phénomènes que je viens de rappeler, ils sont indéniables et rien n'est plus facile que de les constater.

Les tiges galvaniques de Simpson, employées dans la sub-involution avaient le grave inconvénient de s'opposer à l'évacuation facile des sécrétions utérines ; aussi ne faisaient-elles qu'augmenter la congestion et l'engorgement, déterminant ainsi ce semblant d'hypertrophie auquel on attribuait un rôle curatif. Une fois la tige retirée, la matrice revenait sur elle-même par suite de l'augmentation de la contractilité des fibres musculaires produite par l'introduction d'un corps étranger dans la cavité utérine, la réduction de volume, accompagnée de pertes blanches abondantes, semblait d'autant plus considérable que l'irritation produite par la tige avait été plus prononcée.

C'est ainsi qu'il faut comprendre, à mon avis, les alternatives d'hypertrophie et d'atrophie produites par la méthode de traitement préconisée par Simpson ; on voit que, pour moi, elles constituent un inconvénient des tiges galvaniques bien plutôt qu'un avantage sérieux. J'ai déjà dit que le drainage de la cavité utérine ne donne lieu à aucun phénomène de ce genre, ce qui est dû à l'évacuation facile des sécrétions, à l'action du drainage proprement dit qui modifie d'une manière favorable l'endométrite concomitante.

b) *Endométrite de la cavité utérine.* — L'endométrite de la cavité utérine se présente, au point de vue clinique, sous deux formes différentes, en laissant de côté, pour le moment, l'endométrite exfoliante dont nous parlerons plus loin ; ces deux formes sont : 1° la forme leucorrhéique, encore appelée forme glandulaire, *forme purulente* et 2° la *forme hémorrhagique.* A la première correspondent histologiquement, l'endométrite glandulaire hypertrophique et l'endométrite glandulaire hyperplasique qui se distinguent par ce fait que, dans l'endométrite glandulaire hypertrophique il y a simplement augmentation de volume des glandes tandis que dans l'endométrite glandulaire hyperplasique, le nombre des glandes est augmenté en même temps que leur volume. A la forme hémorrhagique correspond, pour l'histologiste, l'endométrite interstitielle, qui se caractérise par la prolifération embryonnaire ou conjonctive du tissu interglandulaire, par la compression des glandes qui deviennent kystiques en certains points, qui disparaissent même complètement en d'autres points, et par le développement exagéré des capillaires avec extravasations sanguines sous l'épithélium et dans la profondeur de la muqueuse.

α. *Endométrite hémorrhagique.* — Lorsque l'endométrite hémorrhagique est ancienne, lorsque le tissu interglandulaire est transformé en tissu conjonctif adulte, on comprend que le drainage de la cavité utérine soit insuffisant à ramener la

muqueuse à son état normal. Dans ces conditions, il n'y a pas d'autre ressource que d'enlever complètement la muqueuse avec la curette et de surveiller la formation de la muqueuse nouvelle ; pour remplir cette dernière indication, le drainage de la cavité utérine peut être utilisé avec grand avantage, ainsi que je le montrerai plus loin. (Voir : drainage après curettage.)

Mais, dans bien des cas, on a l'occasion de voir les malades avant que les lésions conjonctives aient abouti à la sclérose de la muqueuse, avant que le réseau capillaire se soit développé d'une façon considérable, avant qu'il y ait des extravasations sanguines dans la muqueuse. Des hémorrhagies abondantes peuvent exister sans que l'endométrite interstitielle soit très accentuée, lorsqu'aux altérations de la muqueuse s'ajoute l'effet de la sub-involution utérine. C'est dans ces conditions que j'ai souvent fait disparaître les phénomènes hémorrhagiques en pratiquant l'ignipuncture profonde du col, sans toucher à la cavité utérine ; grâce à cette opération trop délaissée aujourd'hui, on combat efficacement l'arrêt d'involution de l'utérus ; l'organe acquiert une vitalité nouvelle, il se décongestionne, il diminue de volume et la muqueuse elle-même revient à l'état normal lorsque le parenchyme utérin qui la supporte a repris sa structure normale. Ce que fait l'ignipuncture, le drainage de la cavité utérine le fait également au point de vue de la guérison de la sub-involution ; en outre, par l'excitation permanente de la muqueuse utérine, il modifie directement cette muqueuse et produit une contraction des vaisseaux qui ne peut être que favorable, en même temps que, par l'action du drainage proprement dit, il soustrait l'épithélium de revêtement à l'action nocive des sécrétions qui sont éliminées à mesure de leur formation.

β. *Endométrite glandulaire leucorrhéique ou purulente ; leucorrhée utérine.* — Lorsque la muqueuse des organes creux est le siège d'une lésion, il en résulte une hypersécrétion muco-purulente dont les produits s'écoulent avec

d'autant plus de difficulté que l'orifice naturel de sortie est plus étroit. Traiter, dans ce cas là, les organes creux comme un foyer purulent qui ne laisse s'écouler le pus qu'avec difficulté, c'est-à-dire en pratiquer le drainage est chose rationnelle, aussi comprend-on les tentatives de Greenhalgh, celles de Cogklau et mieux encore celles plus récentes de Schwarz (de Halle.)

Dans l'endométrite, la muqueuse de l'utérus présente une plaie suppurante dont les produits d'excrétion peuvent être très abondants lorsque celle-ci devient catarrhale. Deux à trois centimètres cubes et quelquefois plus de liquide purulent sont retenus dans la cavité utérine lorsque le boursouflement de la muqueuse, l'étroitesse, la flexuosité, la longueur, la formation des valvules du canal cervical n'en permettent pas l'écoulement rapide. Ajoutons à ces causes de ralentissement de l'excrétion, la consistance du produit excrété, l'absence de réaction de l'organe qui souvent, en pareil cas, a perdu l'activité tonique en vertu de laquelle il réagit sur son contenu pour le chasser au dehors, les flexions qui font obstacle au muco-pus comme au flux menstruel dont le passage à travers la partie rétrécie et le canal cervical malade produisent de véritables douleurs expultrices. Enfin, il convient de mentionner certains états morbides qui accompagnent fatalement l'endométrite, c'est-à-dire la congestion et l'engorgement qui augmentent le volume de l'utérus et l'étroitesse de ses orifices cervicaux.

Lorsque l'utérus est le siège d'une sécrétion muco-purulente, cette sécrétion retenue par les causes mentionnées précédemment, tend à s'épaissir, à se concréter pour ainsi dire. Ce contact permanent et la résorption qui en est la conséquence fournissent les conditions d'une septicémie latente d'où résultent de nombreux troubles dyspeptiques, cardiaques, pulmonaires et assurément le facies utérin que j'ai vu disparaître si promptement, dans un certain nombre de cas, à la suite de l'application du drainage.

Le contact permanent du muco-pus avec la muqueuse de

l'utérus joue le même rôle qu'une sécrétion morbide analogue retenue dans un foyer purulent. De là découle cette même indication : favoriser, dans les deux cas, l'écoulement constant des produits de sécrétion à l'aide du drainage, s'il est possible d'en faire l'application.

Pour qu'une plaie guérisse promptement, il faut qu'elle soit débarrassée de ses produits de sécrétion au fur et à mesure de leur production ; ce fut là le but que poursuivait, avec un si grand succès, la découverte de Chassaignac. Or, rien n'est plus rationnel que d'appliquer ce principe au traitement de la métrite interne si rebelle à toute médication. Cette difficulté que le médecin éprouve à guérir d'une façon sérieuse et durable l'endométrite catarrhale ou purulente, malgré le traitement général et les applications topiques de toutes sortes (injections intra-utérines, applications de cathérétiques ou de caustiques, cautérisation ignée, etc.), il faut en chercher la cause dans la rétention des produits excrétés.

Je m'étais demandé parfois si l'une des causes d'agrandissement de la cavité utérine ne serait pas la distension par rétention des produits excrétés, et si en dehors de l'altération du parenchyme de l'utérus et la régression incomplète qu'on a considérées, à juste titre, comme les facteurs de cette amplitude morbide, la difficulté à l'écoulement des produits de sécrétion hors de la cavité utérine n'aurait pas lieu d'entrer en ligne de compte. C'est surtout depuis que je m'occupe de la question du drainage de l'utérus que mon opinion s'est faite à ce sujet.

J'ai souvent observé le fait suivant : Une malade se présente avec tous les signes d'une endométrite purulente du corps de l'utérus ; lorsqu'on introduit l'hystéromètre dans la cavité du corps, on trouve cette cavité augmentée de volume dans tous ses diamètres ; il y a une sensibilité vive lorsqu'on exerce, avec le bec de l'instrument, une pression légère sur les parois antérieure et postérieure et sur le fond de l'organe ; l'isthme ne présente de difficulté à se laisser franchir que par suite d'une déviation du corps ; antéflexion ou rétroflexion.

Au moment où on retire l'hystéromètre, un flot purulent vient jaillir à l'orifice cervical externe. Dans ces conditions, et la mesure exacte de la longueur de la cavité utérine ayant été notée, on place un drain dans la matrice, après avoir redressé manuellement l'organe autant que cela était possible. Au bout de peu de jours, on peut déjà constater, à l'examen bi-manuel, que le volume du corps de l'utérus s'est notablement réduit dans toutes ses dimensions ; on peut aller plus loin et, retirant le drain pour cela, on peut pratiquer une nouvelle hystérométrie. On voit alors que le bec de la sonde ne tourne plus facilement dans la cavité et que la longueur de celle-ci est bien réellement diminuée. Un résultat aussi rapide ne peut s'expliquer que par la raison donnée plus haut : dans l'agrandissement de la cavité utérine, une part importante revenait à la distension paralytique des parois due à la rétention des produits sécrétés. Le drainage a fait immédiatement cesser la rétention en même temps que la contractilité des fibres musculaires était réveillée, et le corps de l'utérus est revenu sur lui-même autant que le permettaient les altérations concomitantes du parenchyme : régression incomplète ou métrite.

Une autre preuve de la réalité de cette distension des parois de la cavité utérine résulte de ce fait qu'on peut trouver une augmentation de longueur du corps de la matrice chez des malades qui n'ont jamais eu ni enfant, ni fausse couche. Or ce phénomène, très rare dans les conditions que je viens de rappeler et dont je montrais un exemple aux auditeurs de ma clinique, ne s'observe que chez des personnes atteintes d'endométrite avec obstacle mécanique à l'évacuation facile des produits de sécrétion.

On comprend, par ces considérations, toute l'importance du drainage de la cavité utérine dans l'endométrite chronique aussi appelée leucorrhée utérine. Le muco-pus ou le pus n'ayant plus le temps de se concréter dans la matrice et étant en quelque sorte fluidifié, s'échappe facilement, grâce à la présence du drain, et n'entrave plus la réparation de la muqueuse.

Les altérations hypertrophiques ou hyperplasiques, glandu-

laires ou interstitielles de cette membrane sont détruites peu à peu par une sorte de fonte purulente, dont l'abondance de l'écoulement donne la mesure. Celui-ci persiste pendant cinq à six semaines et au delà, suivant l'état de l'utérus, diminue de plus en plus et finit par se supprimer complètement. A ce moment, une muqueuse nouvelle s'est constituée et on peut considérer la malade comme guérie.

Il est bon de rappeler que l'endométrite chronique se complique fréquemment de régression incomplète, d'engorgement ou de métrite chronique. En outre de tous les avantages déjà énumérés, le drainage de la cavité utérine présente aussi comme je l'ai exposé plus haut, l'avantage de modifier de la façon la plus utile et la plus persistante, ces complications multiples auxquelles revient une part plus ou moins grande dans les souffrances et les troubles divers accusés par les malades. Ce n'est que pour la facilité de l'exposition que l'on est forcé d'étudier séparément la congestion chronique, la métrite parenchymateuse, l'endométrite chronique, la régression incomplète, etc. ; le plus souvent ces états morbides s'associent de diverses façons chez le même sujet et rien ne serait moins clinique que de traiter l'un d'entre eux à l'exclusion de tous les autres.

(*A suivre*)

DES TUMEURS MALIGNES DE L'UTÉRUS

ou de ses annexes pendant la grossesse,

Par le Dr E. VERRIER.

Si le plus souvent les tumeurs malignes passent inaperçues pendant la grossesse chez une femme encore jeune, pour ne se révéler qu'au moment de l'accouchement, il arrive aussi que ces tumeurs deviennent l'occasion de complications sérieuses.

C'est ainsi que Benike a été amené à extirper 5 fois un cancer utérin chez des femmes enceintes (*Berlin. Klin. Wochens.*, n° 30, p. 440, 1877). Dans ces cas la dégénérescence était toujours bornée à la partie vaginale, de sorte que le chirurgien put enlever tous les tissus malades.

Les opérées accouchèrent facilement et eurent des suites de couches normales.

Chez trois d'entre elles pourtant, la grossesse fut prématurément interrompue, soit par la fièvre consécutive à l'opération, soit par une affection de la caduque.

Benike se fonde sur sa propre expérience pour conseiller d'opérer de bonne heure, s'il y a possibilité d'extirper tous les tissus malades. Si non, mieux vaut, d'après lui, attendre que l'enfant soit viable, sauf le cas où les hémorrhagies mettraient la mère en danger.

Plus on se rapproche du terme de la grossesse, plus l'opération devient difficile en raison du ramollissement des tissus.

Quelquefois le chirurgien provoquera l'accouchement prématurément pour pouvoir attaquer la tumeur après la délivrance.

Observation.

(*Zeitschrift für Geburtshülfe*, Band X, Heft 1.)

Une femme enceinte pour la 7e fois est atteinte d'un carcinome du col utérin. Au toucher on trouve la tumeur de la grosseur d'une noisette sur le bord gauche de l'orifice. Elle remonte en partie jusqu'à la surface interne de l'organe.

Le bord postérieur du museau de tanche est dur, presque tout le canal cervical induré.

L'orifice interne est tranchant et à 3 centimètres environ du museau de tanche.

Le chirurgien provoque l'accouchement dans la 35e semaine de la grossesse et obtient une fille vivante du poids de 2.750 gr.; suites de couches normales pendant les 1ers jours. Le 6e jour, T. 38°2, le 7e, 38°7. Les lochies prennent une mauvaise odeur. Le 8e jour, température normale ; le 9e jour après l'accouchement, le chirurgien

procède à l'extirpation de la tumeur avec l'anse galvano-caustique.

Il n'y eut pas de fièvre et la guérison s'est si bien maintenue que depuis la femme est redevenue enceinte et est accouchée naturellement à terme d'un enfant vivant et bien portant.

— Conhstein lui, au contraire, est partisan de l'opération avant la fin de la grossesse.

Il dit que les cas d'accouchements spontanés sont rares et qu'il y a toujours danger en attendant que le cancer ne gagne le corps même de l'utérus, ce qui rendrait toute opération inutile. Conhstein oublie que par l'opération de Porro on pourrait enlever le cancer et l'utérus malade en même temps.

Il a opéré aussi 5 cas de cancer pendant la grossesse (*Zeitschrift für Geburtshülfe and Frauenkrankheiten*, Bd 1, Heft 2).

Dans le 1er cas, il s'agissait d'un carcinome de la lèvre postérieure opéré au 5e mois de la grossesse, l'accouchement a eu lieu à terme ; l'enfant vivant est mort 5 heures après.

Dans le 2e, c'était encore un carcinome opéré au 6e mois.

Dans l'opération il y eut ouverture du cul-de-sac postérieur, accidents fébriles, avortement, guérison.

Le 3e cas fut opéré au 5e mois : guérison, accouchement facile à terme d'un enfant vivant.

Carcinome ayant envahi tout le col au 4e cas. L'opération fut retardée jusqu'à la fin de la grossesse et la femme accouche 5 jours après d'un enfant vivant ; récidive 4 mois après, opération nouvelle sans grossesse.

Enfin, dans le 5e cas de carcinome, l'opération fut pratiquée au 5e mois. Avortement le lendemain. Il existait une endométrite diffuse avant l'opération.

Benike, dans ses *Contributions au traitement du cancer utérin chez les femmes enceintes*, a rapporté également une observation de Godson et une de Schroeder.

De même Richard, dans le journal cité plus haut (B. V. H. 2, p. 158), a parlé du traitement chirurgical du cancer du col en cas de grossesse, et Kaltenbach (B. IX, H 2, p. 191) a pratiqué l'opé-

ration césarienne dans un cas de cancer du rectum compliquant la grossesse.

Enfin, Thermand, dans un travail sur le traitement de la grossesse compliquée de cancer des voies génitales (*Obst. Soc. of London*, V. XX, 1878) rapporte 180 observations dont voici les conclusions :

1° Si le cancer exerce une influence quelconque sur la conception, cette influence lui est défavorable.

2° Le cancer de l'utérus favorise la mort du fœtus et son expulsion prématurée.

3° Généralement le développement du cancer est accéléré pendant la grossesse.

4° Lorsque le cancer occupe toute la circonférence du col utérin, le travail peut être rapide et facile; la malade peut se rétablir et vivre encore pendant quelques mois.

5° Lorsque, dans de semblables conditions, l'expulsion de l'enfant se fait à l'aide des seuls efforts de la nature, la dilatation du col se fait ordinairement par fissures.

6° La production de ces fissures n'est pas une source de dangers pour la mère.

7° Les incisions du col n'augmentent pas le danger de l'accouchement et n'accélèrent pas la marche de la maladie après la délivrance ; souvent elles rendent le travail plus facile.

8° L'expulsion spontanée de l'enfant ne peut avoir lieu dans le cas où le cancer forme des tumeurs volumineuses et dures.

9° Dans les cas où ces caractères n'existent pas, on ne peut, d'après l'état du col, prédire comment le col se comportera pendant le travail.

10° Dans les cas où l'on ne peut extraire l'enfant par les voies naturelles, une expérience très limitée démontre qu'au point de vue de la mère l'opération césarienne n'est pas plus dangereuse que la crâniotomie.

Au point de vue du traitement, l'auteur désire :

1° Toutes les fois qu'on le pourra, qu'on pratique l'ablation des tumeurs cancéreuses pendant la grossesse ou à l'époque de l'accouchement.

2° Quand cette ablation ne peut être pratiquée, il faut, dans l'intérêt de la mère, faire cesser la grossesse aussitôt que possible.

3° Quand le travail a commencé, la dilatation du col doit être favorisée par de petites incisions pratiquées sur sa circonférence.

4° Quand la dilatation est effectuée, il vaut mieux avoir recours au forceps qu'à la version si les contractions utérines sont faibles.

5° Lorsque le col ne se dilate pas même après les incisions, soit à cause de la rigidité de son tissu, soit à cause du volume de la tumeur, on doit avoir recours à l'opération césarienne.

Plusieurs de nos compatriotes ont aussi fait des travaux sur le cancer compliquant la grossesse, (Tarnier, Chantreuil, etc.); nous y renvoyons le lecteur.

Nous voulons simplement poser les indications principales qui ressortent des considérations précédentes.

L'accoucheur ayant reconnu l'existence, chez une femme enceinte, d'une tumeur maligne, considérera si cette tumeur est récente ou ancienne, quelle est sa grosseur, son siège et l'état des tissus voisins. Il tiendra compte aussi de l'état général de la malade et de l'époque de la grossesse, ainsi que de l'état du fœtus.

S'il croit la gestation compromise, il appellera un chirurgien ; il agira de même lorsque la tumeur aura une tendance à envahir les annexes ou les tissus voisins.

Dans tous les cas, soit que l'opération ait été décidée avant l'accouchement ou qu'elle soit reportée après la délivrance, il devra tenir la malade dans une asepsie rigoureuse et par des lavages fréquents avec des liquides appropriés mettre la femme à l'abri de toute infection, en même temps qu'il soutiendra ses forces par un régime et un traitement fortifiant approprié.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ BELGE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

Séance du 18 *mai.*

NOUVEAU PROCÉDÉ D'ABLATION DE L'UTÉRUS PAR LE VAGIN.

Dr Kufferath. — Une incision en —⌒— post à 2 ou 3 ctm. au-dessus de l'articulation sacro-coccygienne droite, suit le bord droit du coccyx, contourne l'orifice anal et va aboutir sur la ligne médiane à la commissure postérieure de la vulve. Section des insertions du grand fessier au sacrum et au coccyx, ainsi que des ligaments sacro-sciatiques.

Le rectum est isolé et séparé du vagin au niveau de la cloison recto-vaginale. Le vagin est alors incisé de haut en bas sur la ligne médiane jusqu'au cul-de-sac de Douglas.

Le releveur de l'anus, son aponévrose, le péritoine sont successivement incisés d'arrière en avant.

La partie supérieure du vagin est ainsi mise à découvert.

L'utérus est abaissé à l'aide d'une pince de Museux fixée dans le col et l'incision du vagin est prolongée jusqu'à son insertion au col utérin.

Le col est dégagé de ses attaches au vagin et à la vessie.

La matrice est renversée en arrière et attirée au dehors.

Ligature des ligaments larges et extraction de l'organe. — Suture du péritoine. Le vagin est suturé de haut en bas jusqu'à la commissure postérieure de la vulve. — Suture du périnée. — Ce procédé est indiqué dans les cas où ni la voie abdominale (surcharge adipeuse), ni la voie vaginale (atrésie vulvaire, rigidité du périnée) ne permettent d'atteindre l'utérus ou un néoplasme profondément logé dans le petit bassin.

DISCUSSION GÉNÉRALE SUR LE TRAITEMENT DE L'ENDOMÉTRITE.

Dr Walton. — La méthode de traitement de l'endométrite par

les caustiques énergiques laissés à demeure dans la cavité utérine et en particulier par les crayons de pâte de canquoin, est dangereuse et amène des complications diverses, telles que : sténose de l'orifice interne du col et de l'orifice interne de la trompe, hémato-salpinx, pelvi-péritonite avec adhérences et déviation, destruction de la muqueuse utérine, d'où aménorrhée et stérilité.

Dr C. Jacobs.— Dans le traitement de l'endométrite, il faut distinguer entre l'endométrite du corps et l'endométrite du col, qui réclament une thérapeutique différente, variable suivant les cas. Dans l'endométrite du corps, chronique, mais relativement récente, les crayons au salol, au bichlorure mercurique, à l'iodoforme, les injections de glycérine iodoformée m'ont donné quelques succès.

Si l'affection est ancienne, les lésions profondes, les meilleurs résultats m'ont été fournis par le curettage suivi ou non d'un traitement post-opératoire, suivant les indications.

Sur 10 cas traités par les caustique de canquoin, j'ai observé 10 récidives malgré un traitement consécutif des plus rigoureux. Ces récidives sont apparues après un laps de temps variant de 1 à 7 mois 1/2.

Cette méthode est dangereuse dans ses suites immédiates aussi bien que tardives.

Dr Bock. — On peut éviter les complications reprochées à la méthode de traitement par le caustique de canquoin, si les soins consécutifs ne sont pas négligés. La destruction de la muqueuse utérine n'est presque jamais complète, ce qui permet sa réfection. Je n'ai jamais observé d'aménorrhée consécutive, ni de dysménorrhée.

La tendance à l'atrésie de l'orifice interne est rapidement combattue par quelques séances de dilatation.

La stérilité consécutive n'est pas établie formellement ; M. Dumontpallier a vu plusieurs fois la grossesse se produire dans la suite.

Dr Fraipont. — Le crayon de pâte de canquoin peut détruire toute la muqueuse utérine, y compris une partie du muscle sous-jacent.

Je réserverais cette méthode aux cas d'adénome ou de dégénérescence carcinomateuse de la muqueuse utérine. Dans ces cas, la stérilité et la sténose cicatricielles consécutives sont de moindre

importance. On peut du reste toujours remédier à cette dernière.

Séance du 20 *juillet* 1890.

DE L'HYSTÉROPEXIE ABDOMINALE DANS LE TRAITEMENT DE CERTAINES FORMES DE RÉTROVERSION UTÉRINE.

Dr Fraipont (Liége). — L'orateur présente les observations de six cas d'hystéropexie abdominale opérés par M. le Professeur von Winiwarter et en tire les conclusions suivantes: « La ventrofixation n'est pas indiquée dans tous les cas de rétroversion utérine. Ces indications sont les suivantes: « Douleurs intolérables, troubles fonctionnels résistant à tout traitement. L'utérus est alors ou bien mobile quoique dévié, mais les altérations concomitantes des annexes font que les pessaires ne sont pas supportés ; ou bien l'utérus est fixé par des adhérences périmétritiques résultant de pelvi-péritonites anciennes.

« La réposition par la méthode de Schultze n'est pas exempte de dangers et présente les inconvénients du pessaire. L'opération d'Alexander ne peut s'appliquer qu'aux cas où l'utérus est mobile et où les annexes sont indemnes de toute altération.

« L'hystéropexie abdominale ne présente pas les inconvénients des méthodes précitées, elle permet l'extirpation des annexes malades et assure la fixation de l'utérus par des adhérences larges et solides. »

Dr C. Jacobs (Bruxelles).— J'ai pratiqué l'hystéropexie abdominale dans 6 cas dont 5 rétro-déviations utérines douloureuses, adhérentes et un cas de prolapsus complet des organes génitaux.

Dans le traitement des rétro-déviations utérines, il faut considérer le degré de déplacement de l'organe, ainsi que les lésions du corps utérin lui-même et des annexes.

Il est des déviations mobiles ne donnant lieu à aucun symptôme douloureux. Il suffit parfois de traiter la métrite concomitante pour amender les douleurs. Si l'utérus est mobile, le pessaire de Hodge, l'opération d'Alexander, l'hystéropexie vaginale trouvent leur application.

Si la déviation est adhérente, irréductible, elle est justiciable de la ventro-fixation.

J'estime qu'une seule suture suffit à maintenir l'utérus.

Je ne puis conclure actuellement des résultats tardifs de cette

opération, mais les résultats immédiats sont des plus encourageants.

Dans le prolapsus des organes génitaux, je crois qu'il faut faire précéder l'hystéropexie par les opérations anaplastiques, vaginales et périnéales.

Dr Lauwers (Courtrai). — L'hystéropexie est une opération facile, peu grave, mais de date trop récente pour qu'on puisse se prononcer définitivement sur sa valeur.

Dr Popelin.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 septembre 1890.

—

PÉRIMÉTRITE ET CURETTAGE UTÉRIN.

M. Guéniot. — M. Riffa (de Salonique) nous a envoyé un travail contenant trois observations de malades chez lesquelles des périmétrites ont été guéries par le curettage utérin.

A ce propos, M. Guéniot fait remarquer qu'il y a quelques années à peine, il était de pratique courante que toute opération, si minime fût-elle, devait être évitée chez les femmes atteintes d'inflammation péri-utérine : les divers recueils de l'époque contenaient même de nombreuses observations dans lesquelles on voyait que les accidents les plus graves avaient suivi l'inobservance du sage précepte dont je viens de parler.

Il paraissait donc incontestable que le traitement de la périmétrite devait toujours précéder le traitement d'une maladie utérine ; aujourd'hui, la doctrine inverse tend de plus en plus à prévaloir : Bien plus, certaines opérations sur l'utérus — le curettage par exemple — sont considérées comme un excellent mode de traitement des inflammations péri-utérines, et cela parce que ces inflammations sont précisément dues à des infections de la muqueuse utérine, contre lesquelles agit le curettage.

Une pareille révolution s'explique par l'introduction de l'antisepsie rendant inoffensives les manœuvres intra-utérines, qui, à l'époque de Nonat étaient si dangereuses.

Les trois observations de M. Riffa viennent une fois de plus confirmer cette manière de voir, et c'est à ce titre qu'elles nous ont paru dignes d'être signalées. (*Bull. méd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 *juillet* 1800.

—

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES FIBROMES UTERINS PAR L'ÉLECTRICITÉ.

M. Richelot. — Le traitement des fibrômes par l'électricité a ses partisans et ses détracteurs. A mon avis, c'est un traitement qui restera, pourvu qu'on renonce à l'employer systématiquement.

L'âge voisin de la ménopause paraît être une bonne condition de succès, les douleurs, les hémorragies, le développement du fibrôme cessant à ce moment. Chez les jeunes femmes, cependant, il peut rendre des services, et c'est, je crois, le meilleur des palliatifs.

La moitié des femmes traitées pour des fibrômes ont une lésion des annexes. S'il s'agit d'une lésion non suppurée de la trompe ou de l'ovaire, l'électricité peut donner des atténuations ou aussi des aggravations. Si la lésion est suppurée, l'électricité amène des accidents graves, mortels quelquefois. Dans ces cas, l'électrisation est contre-indiquée.

Il arrive qu'à des fibrômes très volumineux s'ajoutent des lésions avancées des annexes, qui jouent un rôle important dans les symptômes et qu'il est difficile de distinguer de la tumeur. En l'absence d'un diagnostic précis, on a pu commencer le traitement, mais on doit le cesser après quelques essais infructueux. J'ai opéré une femme de 46 ans, soumise depuis un an à l'électrothérapie pour des corps fibreux volumineux ; les douleurs ne faisant qu'augmenter, elle vint me trouver, je fis la laparotomie et trouvai derrière les deux corps fibreux une poche suppurée volumineuse. Cette malade mourut d'hémorrhagie quatre heures après, hémorrhagie en nappe au niveau des adhérences, dont l'artério-sclérose nous donna l'explication.

Une autre femme de 46 ans entrait dans mon service, il y a un an, à l'hôpital Tenon, avec une tumeur médiane faisant corps avec l'utérus, et pour laquelle on fit le diagnostic de fibrôme interstitiel. Par la laparotomie je trouve, outre cette tumeur médiane, deux autres tumeurs pédiculées que j'enlève, puis, sentant la

masse adhérente, j'explore à droite et déchire une mince paroi d'où s'écoule un flot de pus ; à gauche, mêmes déchirures, mêmes difficultés, et en plus déchirure du côlon descendant. Le nettoyage complet du péritoine, la suture de l'intestin, le drainage sont faits avec soin. Deux mois après, la malade sortait guérie.

La notion du siège exact de la tumeur est très importante, et il faut distinguer les fibrômes interstitiels des fibrômes sous-péritonéaux. Les premiers, participant de la vie de l'utérus, peuvent être modifiés par l'électricité qui agit sur la circulation et la nutrition de l'organe. Ce traitement, par contre, ne saurait convenir aux fibrômes sous-péritonéaux dont la circulation est peu active et désintéressée des actes physiologiques de l'utérus. J'ai guéri par l'électricité des femmes chez lesquelles la laparotomie n'avait amené aucun soulagement.

En résumé, nous voyons donc des femmes chez lesquelles l'électricité n'a pas réussi, d'autres chez lesquelles la chirurgie montre qu'elle n'aurait pu réussir. Il ne faut donc pas électriser toujours et quand même, mais au contraire dans certains cas précis.

M. Bouilly. — Je partage, sur plusieurs points, l'opinion de M. Richelot. Beaucoup de fibrômes s'accompagnent de lésions des annexes qui jouent le plus grand rôle dans les symptômes observés. On rencontre des pyosalpinx, des hématosalpinx, des tumeurs de l'ovaire de la grosseur d'une orange. Tous ces cas sont justiciables du traitement chirurgical seul.

J'ai vu aussi des cas où l'ablation de la trompe ou de l'ovaire suppurés était suivie du retrait d'un utérus gigantesque tout comme l'ablation d'un corps fibreux par hystérotomie. Je crois de toute nécessité de faire un diagnostic précis et complet.

Quant aux adhérences avec l'intestin grêle je les crois très rares et crois beaucoup plus fréquentes celles avec le gros intestin, qui sont d'ailleurs faciles à détacher.

M. Terrier. — Je pense aussi que, dans bien des cas, il n'est porté qu'un diagnostic incomplet, mais il faut reconnaître qu'il n'est pas toujours facile.

Je considère les lésions des annexes comme fréquentes chez les malades atteintes de fibrômes utérins, et ce n'est pas étonnant que le même traitement, appliqué à des cas dissemblables, ait

donné des résultats différents. Reste à savoir si les électriciens ont toujours fait un diagnostic précis et s'ils ont confiance dans leur traitement lorsqu'il y a lésion des annexes.

Dans les cas où les séances d'électricité n'amènent non seulement aucun soulagement, mais déterminent des douleurs, je crois dangereux de les continuer : il faut faire l'ablation du fibrôme s'il est peu volumineux et l'ablation des annexes dans les autres cas.

Quant aux adhérences avec l'intestin grêle, je les crois fréquentes et souvent extrêmement adhérentes.

M. Richelot. — Quelques médecins ont essayé de parti pris l'électricité dans le traitement des salpingites. Les premières séances ont quelquefois amené une amélioration dans les salpingites catarrhales, mais ce mieux a été de courte durée. Dans les salpingites purulentes le seul résultat possible est l'aggravation.

Séance du 23 *juillet* 1890.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES FIBROMES PAR L'ÉLECTRICITÉ.

M. Lucas-Championnière. — Je rappellerai à M. Richelot que, dans une discussion antérieure, j'ai cherché précisément à déterminer les cas de fibrômes utérins qui sont justiciables du traitement électrique.

Ce n'est pas sans répugnance que j'ai commencé à appliquer, dans ma pratique, ce mode de traitement. J'avais vu, entre les mains de M. Apostoli, une malade, atteinte de métrite catarrhale, mourir en quatre jours de péritonite purulente ; et j'avais observé, en outre, plus d'un insuccès. Depuis deux ans cependant, avec la méthode plus sûre, moins dangereuse de M. Danion, j'ai poursuivi dans mon service une série d'expériences cliniques dont les résultats vous ont été déjà communiqués.

Ces résultats se répartissent ainsi suivant les cas : j'ai obtenu des améliorations, j'ai vu des insuccès, j'ai vu aussi des inconvénients dans l'application de l'électricité chez quelques malades. De la sorte, j'ai pu faire la part des cas opérables et de ceux qui sont du ressort de l'électricité.

M. Richelot a insisté sur les dangers de l'électricité dans le cas

de lésions des annexes et sur l'inutilité de son application aux fibrômes énucléés ; je crois devoir revenir sur ces deux points.

Pour ce qui concerne la coëxistence des salpingo-ovarites et des fibrômes, j'ai déjà eu l'occasion de signaler l'inutilité et les dangers de l'électrolyse dans ces cas. Mais, en somme, le danger réside moins dans l'application de l'électricité que dans la méthode adoptée d'application. Avec l'électrolyse intra-utérine, on a des accidents, qu'il y ait ou non des annexes.

Le second point me semble avoir été tranché d'une manière un peu trop théorique par M. Richelot ; en matière d'électricité, il ne faut pas s'en rapporter au dire des malades, il faut les observer soi-même, les suivre, et ne tenir compte que de ses propres constatations. Sinon, on arrive à porter un jugement un peu exclusif ; M. Richelot nous dit que l'électricité ne peut rien contre les fibrômes énucléés et, en quelque sorte, indépendants de l'utérus. Eh bien ! dans ces cas, on réussit au contraire très bien ; et, pour ma part, j'ai vu des améliorations notables se produire dans des tumeurs énucléées, indépendantes de l'utérus.

Le traitement électrique est donc, à mon avis, le meilleur de tous les traitements médicaux : le nombre est grand des malades auxquelles il peut rendre des services et, parmi celles-là, il en est bien peu qui ne le supportent pas.

Chez certaines malades, en effet, j'ai observé, même avec la méthode de M. Danion, même avec le simple tampon vaginal, sinon des douleurs, au moins une sensation très désagréable, indice d'une sensibilité peu commune ; c'est là un inconvénient rare, et les malades supportent en général très facilement cette application simplifiée, à laquelle elles se soumettent beaucoup plus volontiers qu'à l'application du spéculum, à l'introduction intra-cervicale du conducteur, d'après le système d'Apostoli.

Les cas les plus favorables, susceptibles de bénéficier le mieux du traitement électrique, sont ceux qui concernent des femmes âgées, et voisines de la ménopause. Chez les jeunes, cependant, on peut atténuer et les douleurs et les hémorrhagies ; et toutes les fois qu'une opération doit être éloignée, parce qu'elle sera inefficace, ou insuffisante, ou trop dangereuse, c'est au traitement électrique qu'on doit recourir.

M. Quénu. — J'ai traité par l'électricité, et sans le concours de

spécialistes, de dix-huit à vingt cas de fibrômes utérins. Mes résultats se groupent en trois classes.

Dans une première série de cas, j'ai eu de très beaux succès. Une femme de province était épuisée par des pertes abondantes; au bout de trois mois, après l'application de l'électricité, elle était sur pied et pouvait vaquer à ses occupations. Une autre malade avait un petit fibrôme ; les hémorrhagies devenaient inquiétantes ; il y a deux ans, elle subit pour ce fait la castration. Les règles se supprimèrent pendant sept mois ; à cette époque, réapparition d'hémorrhagies abondantes ; M. Apostoli appliqua l'électricité et les hémorrhagies disparurent.

Enfin, un autre succès concerne une femme souffrant surtout d'une tympanite réflexe, conséquence d'un fibrôme. L'électricité, ici encore, a considérablement amélioré les fonctions digestives.

Dans une seconde catégorie de faits, j'ai obtenu des insuccès complets ; aucune diminution de volume, aucune modification des hémorrhagies. Je dirai en passant que la distinction entre les corps fibreux interstitiels et les énucléés ne me paraît pas fondée, quant à leur manière de se comporter à l'égard de l'électricité ; sur une femme, qui avait un fibrôme intra-utérin, le traitement électrique n'a rien fait, et j'ai dû faire, plus tard, l'ablation par morcellement.

Enfin, dans un troisième groupe, je range un fait un peu particulier ; il s'agit d'une femme affectée d'hémorrhagies incessantes ; elle avait des tubérosités saillantes dans les culs-de-sac. Le traitement électrique fut appliqué : en même temps, je vis le ventre grossir et la tumeur s'élever à l'ombilic et au-dessus. Je crus à un kyste de l'ovaire et j'opérai : il y a bien fibrôme et kyste ovarique ; celui-ci, latent au début, avait subi son accroissement sous l'influence de l'électricité.

De ces différents cas, je conclurai que, pour trouver les indications du traitement électrique, on ne peut se baser, ni sur le siège des tumeurs, ni sur l'intégrité très difficile à reconnaître chez les femmes atteintes de fibrômes ; ni sur l'âge des malades, puisque chez des jeunes nous obtenons parfois de bons résultats.

On ne peut donc pas prédire d'avance quel sera le résultat de l'électricité, et on doit l'employer pour tous les cas où le traitement chirurgical serait grave et dangereux.

M. Richelot. — M. Lucas-Championnière, avec des argu-

ments différents, est arrivé aux mêmes conclusions que moi : à savoir que le traitement électrique ne réussit pas toujours, et qu'il ne faut pas l'employer à tort et à travers. Nous ne sommes divisés que pour ce qui concerne l'action de l'électricité sur les fibrômes énucléés ; à ce sujet, j'ai apporté des faits, et depuis, j'en ai recueilli d'autres à l'appui de ma manière de voir.

(*Bull. méd.*)

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE,

Tenu à Berlin du 4 au 9 août 1890.

(*Suite.*)

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT GALVANIQUE DES MYOMES,

Par le Dr Brose, de Berlin.

J'ai traité, par la méthode du Dr Apostoli, 16 cas de tumeurs fibreuses de l'utérus (fibrômes interstitiels et sous-muqueux) ; plusieurs de ces malades, que je soigne depuis 2 ans, sont guéries, les unes depuis 3 mois et plus, les autres depuis 1 an 1/2.

Dix cas furent soumis pour des hémorrhagies rebelles au traitement de la galvanisation positive intra-utérine. Dans tous ces cas, il s'agissait de petites tumeurs ; la longueur de l'utérus mesurait au plus 12 centimètres. La plus grande tumeur était de la dimension d'un utérus gravide au 6e mois. De ces 10 cas, il y a 8 malades qui, depuis 3 mois à 1 an 1/2, sont guéries de leurs hémorrhagies. Plusieurs avaient été curettées une ou plusieurs fois sans succès par des gynécologistes distingués. Une malade à qui j'avais fait 40 galvanisations sans succès, se fit opérer par un de mes confrères. On pratiqua la castration ; la femme succomba le 14e jour d'une complication. Une autre malade ne se représenta plus après la 16e galvanisation ; je la considère comme non guérie.

Dans presque tous les cas, il y eut diminution du volume de la matrice ; la cavité utérine mesurait 1 à 2 centimètres de moins à la fin du traitement. Il est difficile de dire si les fibrômes sont diminués de volume. L'important est que les hémorrhagies cessèrent.

Dans la seconde série, il s'agit de 6 cas de fibrômes qui, par

leur grosseur, par la compression des organes voisins, présentaient des symptômes de dysménorrhée et de périmétrite, sans toutefois donner lieu à des ménorrhagies ou des métrorrhagies. Ils furent traités par la galvano-caustique négative intra-utérine. Quatre de ces malades furent débarrassées de leurs douleurs sans qu'il fut possible de constater un diminution appréciable de la tumeur. Parmi ces cas, il en est un où la femme avait des douleurs semblables à celles que l'on observe dans la rétroflexion de l'utérus gravide. La rétention d'urine dont souffrait la malade au début du traitement est guérie depuis 1 an 1/2. Dans 2 cas, je constatai une diminution réelle et considérable de la tumeur. Dans 1 cas, il s'agissait d'un myôme interstitiel remontant à 1 centimètre au-dessous de l'ombilic; hystérométrie, 10 cent. 1/2; dysménorrhée des plus pénibles. M. le professeur Lohlein, avant son départ de Berlin pour Giessen, avait essayé tous les traitements chez cette malade, y compris le curettage. Voyant que rien ne réussissait, il lui proposa de faire la laparotomie. Du 2 mars au 7 août 1889, je l'ai traitée 30 fois avec la catode intra-utérine ; le 7 août, le sommet de la tumeur était situé à 3 doigts au-dessous de l'ombilic, l'hystéromètre mesurait 8 cent. 3/4 et la dysménorrhée était guérie. Le 23 octobre 1889, la tumeur était descendue à 5 centimètres au-dessous de l'ombilic et occupait le milieu entre la symphyse et l'ombilic. Le 5 mai 1890, la tumeur n'était plus appréciable à l'extérieur ; on la retrouve seulement par le toucher combiné à la palpation ; les douleurs étaient disparues. De même dans le second cas, j'ai pu constater une diminution notable de la tumeur.

Dans l'emploi du courant galvanique et, en général, de l'électricité, on doit tenir compte des principes suivants :

1° Il faut que le médecin qui emploie ce traitement connaisse parfaitement la technique et le diagnostic gynécologiques. Il faut aussi qu'il connaisse les principes de physique et d'électrothérapie.

2° L'application intra-utérine est indiquée dans les myômes, les exsudats, la métrite, l'endométrite. *L'application vaginale de l'électrode sphérique est à rejeter*, surtout s'il s'agit de forts courants, parce que l'on peut causer des ulcérations dans le vagin qui se guérissent lentement.

3° Dans le traitement des myômes, il faut que le médecin et la

malade aient de la patience. Le traitement peut durer 6 et 9 mois, et, dans le cours du traitement, on rencontre des incidents, tels que légères hémorrhagies, surtout dans l'emploi du pôle négatif, légères irritations périmétritiques, mais le succès finalement récompense la peine, sinon dans tous, du moins dans un grand nombre de cas.

4° La suppression des hémorrhagies sera d'autant plus difficile à obtenir que la cavité utérine sera profonde. Dans certains cas où la malade a de fortes pertes et où l'utérus mesure 12 centimètres, il est mieux de pratiquer la myomotomie que de la soumettre au traitement électrique, pendant lequel la patiente peut continuer à avoir de fortes hémorrhagies pendant 3 ou 4 mois, et laisser ainsi épuiser ses forces ; car, dans ces cas, le succès du traitement électrique peut se faire attendre pendant des semaines.

5° Le traitement galvanique ne pourra donc jamais remplacer complètement la myomotomie, mais pourra, dans bien des cas, rendre cette opération inutile. Le traitement électrique des fibrômes utérins est sans conteste préférable à tous les traitements médicamenteux et chirurgicaux, autant à cause du succès qu'à cause de son innocuité.

6° L'application du courant galvanique donne d'excellents résultats dans les exsudats anciens. Dans un espace de temps très court, ces exsudats se résorbent sous l'influence de l'électricité, alors que tous les autres traitements sont restés inefficaces. — Je traite habituellement avec la cathode, et avec l'anode lorsque l'exsudat est compliqué d'endométrite. La première condition est que toute inflammation aiguë ou subaiguë soit complètement disparue.

7° Je préfère le traitement électrique au traitement chirurgical dans tous les cas où l'endométrite est compliquée de paramétrite ou de métrite chronique.

8° J'ai eu de bons résultats dans la dysménorrhée par l'application intra-utérine de la cathode ; toutefois, je ne puis affirmer que les sténoses sont guéries d'une façon durable.

9° Je n'ai aucune expérience sur la ponction galvanique, soit dans les myomes, soit dans les exsudats.

Je suis élève de Schrœder qui, comme l'on sait, a exercé par lui-même et son école une grande influence sur le développement de la gynécologie opératoire. Comme élève de Schrœder, je n'ai

rien plus à cœur que la gynécologie opératoire. Je n'en suis pas moins persuadé, quelles que soient toutes les oppositions, que l'électrothérapie doit avoir sa place en gynécologie et qu'elle rendra de réels services. On ne doit pas trop lui demander et il faut l'appliquer avec les méthodes exactes reposant sur les principes fondamentaux des lois physiques. C'est au Dr Apostoli, de Paris, que revient l'honneur et le mérite d'avoir formulé ces méthodes exactes, basées sur les lois électro-chimiques et électro-physiques.

Le Dr E. *Cutter* dit que l'électrolyse américaine des myomes a suivi deux voies dictinctes pour son développement : l'une, suivant la méthode française ; l'autre originale et ayant précédé la première.

En premier lieu, l'orateur montra à la Société nationale du District Est de Middlesen, dans le Massachusetts, le 1er mars 1871, une pile d'un seul élément de grande dimension, au moyen de laquelle un morceau de bœuf fut décoloré, l'eau décomposée et de l'iode bleu développé dans de l'amidon.

Le Dr W. Sgmington Brown, aujourd'hui président de la Société Gynécologique de Boston, la plus ancienne du monde, était présent. Plus tard, voyant une malade avec un myôme que le général Kilpetrick, des Etat-Unis, avait engagée à essayer de l'électricité, parce qu'il avait été lui-même débarrassé, au moyen de l'électrolyse, d'une tumeur angiomateuse du cou, par le Dr R. G. Lincoln, de New-York, il fut prié par lui de l'opérer s'il le jugeait opportun, lui laissant d'ailleurs le soin de régler tous les détails à son gré.

Cela fut fait le 21 août 1871 par lui-même, avec l'assistance de plusieurs médecins réguliers. Le 29 août 1871 une deuxième application fut faite, sous sa direction, par le Dr Gilman Kimball, de Lowel, ce dont il lui donne acte ici. Telle fut la première application en Amérique à la connaissance de l'auteur.

Depuis lors, beaucoup d'opérations ont eu lieu avec des résultats qui, autant qu'ils peuvent être établis, sont comme suit :

Pas d'arrêt de développement : 14 pour cent ; morts : 8 pour cent ; arrêt de développement : 50 pour cent ; amélioration : 6 pour cent ; enfin, guérison avec disparition complète ou à peu près complète : 22 pour cent.

C'est une opération sévère qui comprend :

1° Pénétration dans le myôme de deux électrodes de construction spéciale ;

2° Passage d'un courant constant pendant 5 ou 10 minutes ;

3° Anesthésie ;

4° Repos au lit pendant quelques jours ;

5° Adoption, autant que possible, d'un régime animal pour les deux tiers et végétal pour le reste.

Un appendice, comprenant 50 observations, donne les faits importants dans chaque cas.

Des remerciements sont dus à *tous* ceux qui, dans une mesure quelconque, ont aidé à l'opération ou l'ont étudiée.

De même qu'il est vrai que le régime seul et le régime combiné à l'électrolyse ont guéri, de même il est vrai que l'électrolyse seule a guéri des malades.

Les myômes, dans l'opinion de l'auteur, sont dus au développement des tissus d'après une loi révolutionnaire de l'organisme, par suite du défaut d'un pouvoir directeur normal, exactement comme les lois révolutionnaires qui surviennent en politique !!

(*Revue Intern. d'Electroth.*)

REVUE DE LA PRESSE

—

CONGRÈS MÉDICAL INTERNATIONAL DE BERLIN

Août 1890.

DU COURANT GALVANIQUE CONSTANT EN GYNÉCOLOGIE.

Le Dr Apostoli a fait une lecture dont voici les conclusions générales et sommaires :

1° Le courant galvanique constant trouve son indication principale en gynécologie dans l'endométrite et le fibrome ; souverain contre les troubles circulatoires et douloureux (aménorrhée, dysménorrhée et métrorrhagie), il est d'un puissant secours pour arrêter l'évolution des néoplasmes bénins et aider à la résorption des exsudats péri-utérins. Il exerce une action résolutive très salutaire dans beaucoup de phlegmasies péri-utérines, et dans certaines ovaro-salpingites catarrhales, mais il est inefficace et même nuisible à haute dose, surtout

si le pôle intra-utérin est négatif contre les phlegmasies suppurées des annexes.

Son intolérance variable qui grandira avec l'état inflammatoire des annexes, devra servir de précieux moyen de diagnostic pour nous fixer sur l'existence et la nature des collections liquides (hématiques ou suppurées) péri-utérines, méconnues, ou simplement soupçonnées, et devra servir à précipiter, dans ce cas, une intervention chirurgicale retardée ou refusée.

2° Les effets du courant galvanique constant sont polaires ou interpolaires : l'action interpolaire trophique et dynamique, qui grandit comme le carré de l'intensité débitée, se surajoute à l'action polaire; celle-ci utilise d'abord chaque pôle dans un but différent qu'Apostoli a fait connaître, l'action calorifique ensuite développée par le passage du courant (pour augmenter la circulation interstitielle) et enfin l'action antiseptique du pôle positif dont Apostoli et Laquerrière viennent de donner la démonstration expérimentale récente.

3° *Les applications galvaniques élevées*, employées d'une façon variable, au-dessus de 50 milliampères, suivant la tolérance des malades et les multiples indications cliniques, forment la base fondamentale de la méthode d'Apostoli et trouvent leur justification :

a) D'abord dans l'utilisation du *drainage circulatoire*, conséquence directe de l'action calorifique due à la résistance au passage du courant, et proportionnelle au carré de l'intensité ;

b) Dans l'action *antiseptique* ou microbicide qui grandit avec l'intensité débitée ;

c) Dans la *rapidité* et *l'efficacité* des effets produits qui sont proportionnels au carré de l'énergie électrique d'après une formule analogue à celle de la mesure de l'énergie des autres forces naturelles: $Q = 1/2\, m\, V\, 2$;

d) Dans la généralisation plus facile de la méthode aux cas rebelles (fibromes durs et sous-péritonéaux, endométrites fongueuses, etc.) et aux femmes jeunes ;

e) Dans *l'éloignement des récidives* qui, toutes choses égales d'ailleurs, seront d'autant moins à redouter qu'on aura fait une application plus intense.

4° Si l'application vaginale du courant galvanique (qui est la méthode *créée par M. Chéron* pour les fibromes seulement, et appliquée depuis par A. Martin, Brachet, Ménière, Onimus, Carpenter, Mundé, etc.) donne des résultats, ils sont très inférieurs à ceux des ap-

plications *intra-utérines* qui doit rester la *méthode de choix* :

a) Parce qu'elle utilise avant tout le maximum du courant débité et de son énergie ;

b) Parce qu'elle utilise l'action antiseptique du pôle positif qui est toute locale, et qui s'éteint dans le circuit interpolaire, et au niveau du pôle négatif;

c) Parce qu'elle met souvent à contribution l'action dérivative et caustique de l'application intra-utérine, traitant ainsi du même coup, soit l'endométrite simple, soit l'endométrite qui complique si souvent et les fibromes et les phlegmasies péri-utérines, assurant ainsi une guérison plus rapide, plus complète et plus permanente ;

d) Parce qu'elle permet mieux que les applications vaginales d'atténuer la douleur, et de rendre plus tolérable l'emploi des hautes doses, et qu'elle assure enfin une efficacité plus grande en rendant possible un accroissement de l'intensité appliquée et de l'irrigation sanguine qu'elle entraîne.

5° Les galvano-ponctures vaginales, faites à quelques millimètres de profondeur (de 2 à 5), à l'aide d'un trocart filiforme en or, isolé dans toute son étendue sauf à la pointe, forment le complément souvent très salutaire de la thérapeutique intra-utérine, créée par Apostoli, en localisant mieux l'action galvanique, et en rendant plus efficace dans certains cas l'application des doses petites et moyennes.

6° L'innocuité de sa thérapeutique intra-utérine s'affirme : d'abord par l'innocuité parallèle des méthodes chimiques et sanglantes de curage intra-utérin, et surtout par les chiffres des statistiques recueillis dans le monde entier, et en particulier par la sienne : De juillet 1882 à juillet 1890, il a fait 11.499 applications galvaniques qui se répartissent ainsi : 8.177 galvano-caustiques intra-utérines positives ; 2.486 galvano-caustiques intra-utérines négatives ; 222 galvano-punctures vaginales positives; 614 galvano-ponctures vaginales négatives.

Il a traité 912 malades, comprenant : 531 fibromes, 133 endométrites simples et 248 endométrites compliquées de phlegmasies péri-utérines et qui se divisent en :

Clinique : 313 fibromes — 70 endométrites simples — 163 endométrites compliquées de phlegmasies péri-utérines.

Cabinet ou Ville : 218 fibrômes — 63 endométrites simples — 85 endométrites compliquées.

Il a eu trois décès, imputables à des fautes opératoires (deux gal-

vano-ponctures, dont une pour fibrome sous-péritonéal, et l'autre pour une ovaro-salpingite — une galvano-caustique pour un kyste de l'ovaire pris pour un fibrome).

Il a observé trente cas de grossesses survenues après des applications galvaniques intra-utérines.

PETITE HYSTÉRIE ET TROUBLES DYSMÉNORRHÉIQUES TRAITÉS PAR SUGGESTION HYPNOTIQUE.

Grossesse. — Hypnose pendant la première partie du travail. — Récidive des accidents au retour des règles : Suggestion. — Guérison.

Par M. le docteur JOURNÉE.

Mme A..., 25 ans, israélite, mariée, depuis trois mois ; constitution moyenne, tempérament lymphatique, de petite taille, vigoureuse, professeur de gymnastique, cheveux châtain-clair. Pas de maladies graves dans l'enfance, pas de convulsions, dentition facile.

Mère migraineuse, morte à 56 ans, d'apoplexie. Père mort à 60 ans environ, d'une affection intestinale. Oncle maternel, mort de diabète ; tante maternelle, de santé délicate, migraineuse.

Frère atteint d'affection cardiaque, d'arthritisme, a eu des attaques de nerfs.

Quatre sœurs migraineuses ; l'aînée a eu des attaques de nerfs et est hypochondriaque et mélancolique ; la seconde, veuve de son cousin germain, a une fille de 10 ans, atteinte de chorée rhythmée, limitée au côté droit du corps et revenant périodiquement tous les ans, au printemps, pour durer tout l'été à peu près.

La malade actuelle a été réglée à 12 ans, sans difficulté. Vers l'âge de 16 ans, elle fut prise de douleurs d'estomac, tellement intenses, qu'elle se roulait par terre en poussant des cris. Ces douleurs, que la patiente compare à une violente compression interne, remontaient à la gorge et se réveillaient à la moindre émotion ; elles se terminaient par un état syncopal qui n'allait pas jusqu'à la perte de connaissance.

Pleurs et rires sans motif et sans que l'état émotif pût être régularisé par la volonté.

Ces crises, qui revenaient presque quotidiennement, brusquement, et à n'importe quel moment de la journée, étaient pourtant en géné-

ral plus intenses au moment des époques, qui étaient devenues difficiles et douloureuses. Pas de pertes blanches, règles peu abondantes, mais régulières sous le rapport de la périodicité et de la durée.

Appétit capricieux, dégoût de la viande. Pas de battements de cœur, ni de névralgie.

Sommeil agité, cauchemars, rêves se rapportant aux choses faites, vues ou entendues pendant le jour, sensation de chute, zoopsie persistant après le réveil ; insomnies fréquentes.

Au bout d'un an environ, ces crises gastriques disparaissent et sont remplacées par un état nauséeux et angoissant qui se termine par des vomissements glaireux et bilieux après lesquels le calme revient ; jamais de vomissements alimentaires ni d'hématémèse. Céphalalgie presque continuelle ; anorexie, constipation opiniâtre. Les urines, chargées, à l'époque des crises gastriques, sont, depuis leur disparition, redevenues normales.

Cet état se prolonge jusqu'au mois de janvier 1889 avec exacerbations et accalmies successives. A cette époque tout semble rentrer dans l'ordre, et la santé de la malade lui paraît assez rétablie pour qu'elle se marie.

L'état satisfaisant se maintint pendant deux mois après le mariage, mais alors reparurent les crises gastriques primitives avec douleurs abdominales, dorsales et intercostales. Les crises très fréquentes se compliquaient de symptômes nouveaux : convulsion oculaire, trismus et mutisme. mpulsions ambulatoires. Inappétence presque complète. Ovaralgie droite, pas de stigmates.

Vers le 15 mai, à la suite d'une crise, je vis la malade et je diagnostiquai : Hystérie mineure sous la dépendance de l'arthritisme.

Les traitements précédemment suivis avaient consisté en bromure, chloral, morphine, éther, valériane, térébenthine, bains sulfureux, etc. Ces différents traitements n'avaient pas amené d'amélioration, et pour le moment la malade suivait une cure métallo et électrothérapique qu'un empirique lui avait conseillée et lui faisait payer très cher.

Je fis cesser toute médication et commençai le traitement hypnotique et suggestif. Le sommeil fut obtenu rapidement par la fixation du regard, mais aucun des trois états décrits par l'école de la Salpêtrière ne fut atteint : pas de catalepsie, pas d'insensibilité ni d'automatisme ; amnésie incomplète au réveil, la malade reste en commu-

nication avec le monde extérieur ; état intermédiaire entre le premier et le second degré de Bernheim.

Toutefois les suggestions sont acceptées et réalisées.

Le traitement est institué sur cettte base. A partir de ce moment les crises cessent, ainsi que les névralgies dorsales, intercostales et abdominales ; la menstruation s'établit sans douleur, à la date suggérée, et les règles coulent les 28, 29 et 30 mai, sans aucun trouble général ni local. L'appétit et le sommeil reviennent, et depuis le commencement du traitement la malade a engraissé de 5 kilos.

L'état continue à s'améliorer pendant le mois de juin qui n'est marqué que par deux crises : le 8, pendant un orage, et le 19, sans cause connue.

A la fin du mois, les règles ne paraissent pas : une grossesse étant possible, pas de suggestion de ce côté ; les mois suivants la grossesse s'affirme et suit son cours normal ; à noter quelques légers retours offensifs de la névrose qui cèdent à la suggestion.

Au 6e mois, je diagnostique une présentation du siège ; au 8e, version par manœuvres externes.

Accouchement en février 1890. Présentation céphalique O. I. G. A. Période de dilatation dans l'hypnose et dans l'inconscience. Quand les douleurs expulsives commencent, le sommeil ne peut plus être obtenu, mais l'excitation presque délirante, qui survient dans l'intervalle des contractions, est calmée par suggestion. L'enfant, arrêté à la vulve par la résistance du périnée, vient au monde après dix-huit heures de travail : c'est une fille, forte et bien constituée.

Suites de couches normales.

Au moment du retour des règles, réapparition des accidents névropathiques observés avant la grossesse. Je ne suis averti que huit jours après le début des accidents, et une seule séance de sommeil fait tout rentrer dans l'ordre.

Cette observation me semble donner lieu aux remarques suivantes :

1° La névrose est, dans le cas présent, liée — ce qui est ordinaire — à l'arthritisme héréditaire et personnel dont on peut voir les manifestations dans les crises gastriques, les vomissements de pituite et la coloration des urines.

2° La névrose a pris le nom de petite hystérie ; le sommeil provoqué n'a donné que le petit hypnotisme. Il y a donc eu parallélisme parfait entre la névrose naturelle et ce qu'on est convenu d'appeler la névrose expérimentale.

3° Tout imparfait qu'a été le sommeil, il n'en a pas moins suffi pour atteindre le but thérapeutique cherché.

4° Dans ce cas, comme dans ceux qui ont été précédemment publiés, l'emploi du sommeil provoqué pendant la période de dilatation n'en a pas retardé le travail, qui s'est accompli pour ainsi dire à l'insu de la malade. La période d'expulsion a été rendue plus facile, plus régulière, moins dangereuse pour la mère, qui a pu se reposer avec le plus grand calme dans l'intervalle des contractions, au lieu de passer ces instants de répit dans l'agitation extrême qui se produisait chaque fois que la suggestion n'intervenait pas.

5° Les récidives observées au mois de juin, vers la date probable de la conception et au retour des règles après l'accouchement, sont faites pour attirer, une fois de plus, l'attention sur les actions du centre génital sur le système nerveux général.

Dans cet ordre d'idées, il est possible que, lorsqu'après l'allaitement, les règles reprendront leur cours, ou dans le cas d'une nouvelle grossesse, on assiste à un réveil des accidents névropathiques.

TROUBLES NERVEUX APRÈS LA DOUBLE CASTRATION.

Nos connaissances sur les troubles nerveux et psychiques consécutifs à l'ablation des deux testicules, au dire de M. Weiss (*Wiener Medizinische Presse*, n° 22 à 25), sont beaucoup moins avancées qu'on pourrait le croire. Ce que la tradition rapporte des eunuques de harem et des chanteurs castrats, nous fait savoir que les hommes châtrés, avant leur puberté, prennent des caractères féminins, tant au point de vue somatique qu'au point de vue psychique. Ceux opérés après la puberté sont moins modifiés dans leur corps, mais ils deviennent irritables, sans énergie et facilement mélancoliques. Ce n'est plus qu'en Russie que l'on voit des fanatiques, les Scopzys, se mutiler eux-mêmes à l'exemple d'Origène. Nous rencontrons bien çà et là quelques faits analogues, mais ils ne peuvent nous servir à élucider la question qui nous occupe ; en effet, chez de tels individus, les troubles nerveux et psychiques préexistent à l'opération, qui n'est que leur conséquence. Quant à ceux qu'un motif chirurgical a fait opérer, presque toujours ils se soustraient à l'observation, dès que leur plaie est guérie ; d'autre part, leur état nerveux est souvent bien rejeté au second plan par les manifestations graves de la diathèse (souvent la

tuberculose), dont la localisation a nécessité l'amputation des testicules.

Pour le sexe féminin, les documents sont plus nombreux et plus précis. Depuis longtemps, on sait que l'âge critique s'accompagne de troubles nerveux et psychiques, qu'à cette époque le caractère et le tempérament se modifient. Les maladies mentales deviennent alors plus fréquentes (Tilt), et n'ont parfois pas d'autre cause. Des troubles analogues peuvent se montrer à la suite de l'ablation des deux ovaires, sorte de ménopause artificielle (Hegar). Voici, d'après Glaewecke, les plus importantes de ces manifestations, par ordre de fréquence.

1° Les « bouillonnements » ou bouffées de chaleur, congestions, etc., viennent au premier rang comme fréquence et évidence. A la suite d'une aura abdominale, une chaleur et une vive rougeur montent au visage, et après deux ou trois minutes au plus, se terminent par une sueur abondante. Ces symptômes ne se montrent que quelques semaines après la cessation des règles ; ils se répètent parfois 10 ou 12 fois dans une jour, et cela pendant un temps qui varie de une à six années.

2° Les sueurs, surtout marquées au visage, se voient chez 60 0/0 des femmes à la ménopause (Tilt) et chez un tiers des opérées (Glaewecke).

3° Les vertiges peuvent être intenses au point de causer une chute. Ils peuvent quelquefois ressembler, jusqu'à un certain point, au petit mal.

4° Les palpitations, les douleurs de tête, les pertes de connaissance, les troubles stomacaux et intestinaux sont mentionnés par plusieurs auteurs.

5° Les troubles psychiques, signalés par Hegar, Werth, sont généralement de nature mélancolique ; ils peuvent aller jusqu'à la folie et aboutir au suicide. Glaewecke les a constatés 11 *fois sur* 33 *opérées* examinées à ce point de vue ; ces femmes manquaient d'entrain, de confiance en elles ; elles vivaient d'une vie purement végétative et pleuraient sans motif. Parmi les cas qu'il a observés, trois ont été graves, dont un incurable.

M. Weiss a pu observer pendant plus de six ans un malade, dont l'histoire montre bien que des troubles, en tout semblables, peuvent succéder à l'ablation des deux testicules. Non seulement la symptomatologie, mais encore le mode d'apparition et d'évolution, sont les mêmes dans les deux sexes. La voici résumée :

Il s'agit d'un marchand âgé de 48 ans, qui, marié depuis près de 25 ans, a eu 7 enfants sains. Son existence a été pénible, mais régulière, et il ne s'est livré à aucun genre d'excès. Ses antécédents héréditaires et personnels indiquent une prédisposition à la névropathie et à la tuberculose. Après une hydrocèle double, ponctionnée en 1881, il présente, en 1883, une tuberculose des deux testicules, qui furent enlevés au mois d'août. Son état général, satisfaisant, s'améliore à la suite de cette opération dont la plaie guérit très vite. Et c'est notablement engraissé, plus dispos et moins nerveux que jamais, qu'il reprend, en octobre, ses occupations habituelles.

Mais cet état de santé ne dure pas. Il devient vite irritable, capricieux, grondeur ; il a de l'inaptitude au travail, de l'affaiblissement intellectuel, des insomnies, de l'inappétence. Vers la fin de novembre, il se plaint des troubles suivants : une sensation de tension se produit spontanément vers l'abdomen et le sacrum, remonte rapidement vers la tête, en s'accompagnant d'oppression passagère et d'angoisse ; il ressent comme un « bouillonnement » au tronc et au visage qui devient rouge ; puis il transpire si abondamment que sa chemise est à tordre ; enfin il reste accablé, exténué. Ces phénomènes reviennent à tout moment du jour et de la nuit et lui donnent parfois dans la rue l'aspect d'un homme ivre. Il a des vertiges diurnes et nocturnes ; il croit parfois sentir son lit osciller ; bientôt il n'ose même plus sortir. Il ressent dans la tête une sorte de martellement très pénible, mais non douloureux ; il lui semble que son crâne va éclater. Il ne peut penser, écrire, compter ; la mémoire s'en va.

Néanmoins son aspect est normal : il n'a ni troubles oculaires, ni points douloureux ou anesthésiques, aucun trouble de coordination motrice ; ses réflexes sont normaux, Mais il est mélancolique, anxieux, et se croit atteint d'une affection cérébrale incurable.

Après plusieurs mois de traitement (atropine, bromure de potassinm, galvanisation du grand sympathique), une certaine amélioration se produit au point de vue de l'état normal, des forces, de l'appétit et du sommeil.

En juin 1889, les troubles vasomoteurs et les sueurs persistent encore, quoique à un degré moindre. Depuis 1884, il survient souvent des crises gastriques et intestinales douloureuses, avec vomissements et éructations. La motilité, la sensibilité, les organes des sens, etc., n'ont rien d'anormal. Il n'existe pas de symptômes de tuberculose.

Il est évident que ces troubles persistant encore au bout de six

ans, sont la conséquence de la castration ; mais le mécanisme de leur production est loin d'être clair.

Quand les troubles ont été observés à la suite de la ménopause naturelle ou artificielle, on a invoqué une réplétion vasculaire, une sorte de pléthore, résultant de la suppression d'hémorrhagies périodiques. Mais cette explication ne convient pas aux femmes anémiques, chez lesquelles ces phénomènes s'observent assez souvent, et elle est inapplicable au sexe masculin.

Vraisemblablement pour les bouffées de chaleur, la rougeur, il s'agit de phénomènes actifs, c'est-à-dire d'un spasme des vasodilatateurs. Les sueurs semblent dues aussi à une suractivité des nerfs sécrétoires. Les vertiges, d'après Glaewecke, seraient également d'origine hyperhémique. Quant aux divers troubles psychiques, on peut les grouper sous l'étiquette de neurasthénie cérébrale. Ils ne relèvent pas d'une lésion matérielle ; mais, selon l'hypothèse qu'Erb a émise pour la neurasthénie, ce sont des troubles fonctionnels, résultant d'une distribution anormale dans le sang.

Comment ces phénomènes sont-ils reliés à la castration ? On pourrait croire à priori que les nerfs testiculaires sont tiraillés au niveau de la cicatrice ; et l'on sait combien retentissent sur tout l'organisme, les lésions de ces nerfs. L'aura semblerait confirmer cette hypothèse : ce serait quelque chose d'analogue à l'épilepsie réflexe partant d'une cicatrice.

Mais cette explication ne peut s'appliquer aux cas en tout semblables, qui se montrent après la ménopause naturelle ; d'autre part, une castration unilatérale devrait donner lieu à de pareils accidents, ce qui n'a pas été observé. Force est donc de rejeter cette théorie, et de se contenter de dire, avec Glaewecke, que les glandes sexuelles sont un des anneaux d'une chaîne qui tient le grand sympathique sous sa dépendance, et que leur disparition trouble l'équilibre du système. C'est là une simple hypothèse.

On peut encore rapprocher ces faits pathologiques des communications que Brown-Séquard a faites récemment à la Société de Biologie. D'après cet auteur, les glandes sexuelles sécrètent des produits qui, résorbés par la circulation, ont l'influence la plus active sur le système nerveux et sur ses fonctions les plus diverses. De nouvelles recherches sont encore nécessaires avant de pouvoir appliquer, aux faits précités, la théorie surprenante du célèbre physiologiste.

(*Bull. méd.*) LEFLAIVE.

ÉTUDE SUR LES COMPLICATIONS DES FIBRO-MYOMES DE L'UTÉRUS,

Par le D[r] COFFIN (Thèse de Paris, 1889).

Les fibro-myômes de l'utérus, histologiquement bénins, peuvent devenir graves par leurs complications (hémorrhagies, occlusion intestinale, urémie, douleurs intolérables). La gravité de ces complications dépend non pas du volume de ces tumeurs, mais de leur siège. Situées au-dessous du détroit supérieur les tumeurs fibreuses sont plus dangereuses que placées au-dessus. Elles sont parfois une cause de stérilité, plus souvent d'avortement ou d'accouchement prématuré ; prédisposent aux présentations pelviennes ; mettent quelquefois obstacle absolu à l'accouchement naturel ; enfin, après la délivrance, amènent parfois une hémorrhagie grave par inertie utérine.

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE TOTALE OU PARTIELLE DANS LE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS,

Par le D[r] BARRAUD (Thèse de Paris, 1889).

Dans les cancers du col utérin, l'hystérectomie partielle, opération moins grave en elle-même que l'hystérectomie totale, doit être tentée chaque fois qu'avec son aide on peut enlever tout le tissu néoplasique. Dans les cas contraires, il faut recourir à l'hystérectomie totale. L'anatomie pathologique nous montre que le cancroïde de la portion vaginale du col pénètre peu profondément tandis que le carcinome de la muqueuse intra-cervicale et les nodules carcinomateux diffusent en tous sens. A priori donc l'hystérectomie partielle doit être réservée à la première variété, l'hystérectomie totale aux deux autres. Ces données fournies par l'anatomie pathologique sont trop vagues ; elles doivent être précisées davantage par un diagnostic topographique. Le toucher intra-utérin, précédé de l'incision bilatérale du museau de tanche ou mieux de la dilatation, est seul capable de nous donner ces notions.

DU RÔLE DE LA PRESSION ATMOSPHÉRIQUE DANS LA RÉTENTION DU PLACENTA,

Par M. le D[r] RODRIGUEZ.

L'auteur adopte la théorie de M. le D[r] Gavilan (de Durango) au cas suivant qu'il a observé. Ayant introduit la main dans l'utérus, il lui fut impossible de détacher le bord du placenta. Il en déchira alors avec le doigt la partie centrale et put exercer de légères tractions qui

amenèrent la délivrance. (*Gaceta Medica de Mexico*, décembre 1889.)

Il admet donc que l'adhérence des bords du placenta par sa face interne est due à la pression atmosphérique et qu'en faisant pénétrer l'air sur sa face fœtale, on diminue cette pression et on facilite l'extraction. C'est donc une confirmation de la théorie de M. Gavilan.

(*Rev. gén. de Clin. et de Thér.*)

VARIÉTÉS

—

DES EFFETS PRODUITS SUR LA FEMME PAR DES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES D'UN LIQUIDE RETIRÉ D'OVAIRES D'ANIMAUX.

L'appel aux doctoresses fait par M. Brown-Séquard, pour pratiquer des injections de liquide ovarien chez la plus belle moitié du genre humain a été entendu.

Une sage-femme de Paris aurait fait avec profit, sur elle-même, des injections d'un liquide retiré d'ovaires de cobayes. M. le docteur Villeneuve, de Marseille, a répété ces expériences chez deux femmes, mais il n'a eu de suite que dans un cas d'ovaro-salpingite laparotomisée (Salpingoophorectomie double).

Mme le D[r] Augusta Brown R. M. P. a fait, de son côté, des recherches sur un grand nombre de femmes, avec des ovaires de lapines stérilisées. Chez une très vieille dame qui avait perdu une très belle voix, les injections ont fait « revenir la puissance du larynx ».

Chez une autre, atteinte de prolapsus utérin, on a fait des applications de suc ovarique « sur l'utérus » ; les résultats ont été aussi favorables. (*Archives de Physiologie*, avril 1890.)

—

LES FAMILLES DE SEPT ENFANTS EN FRANCE.

148.808 familles ayant 1.157.547 enfants ont été exemptées de la contribution personnelle mobilière par la loi de finances du 17 juillet 1889. Ces 148.808 familles étaient réparties sur 26.623 communes.

Le montant des cotes personnelles supprimées de ce chef a été de 267.274 fr. 90, et celui des cotes mobilières (principal et centimes additionnels) de 2.034.209 fr. 85. C'est donc une somme de 2 millions 301.484 fr. 75, soit 15 fr. en chiffres ronds par famille dont il a été fait remise.

Sur cette pseudo-subvention de 2.301. 485 fr., 594.647 fr. 68 sont revenus à 5.475 familles riches, 679.220 fr. 70 à 26.697 familles aisées et 1.027.615 fr. 38 à 113.636 familles nécessiteuses, car les indigents bénéficient à ce titre de l'exemption de toute cote et il n'y a pas lieu de les exonérer.

Les départements où il y a le plus de familles de sept enfants sont ceux du Nord (7.006), du Finistère (6.087), des Côtes-du-Nord (5.020), du Pas-de-Calais (4.848), de la Loire-Inférieure (4.162), du Morbihan (4.067).

Le relevé qui a été fait par l'Administration pour l'application de cette nouvelle loi lui a permis de constater qu'il existait en France 2 millions de ménages n'ayant pas d'enfants, 2 millions et demi en ayant un, 2.200.000 en ayant deux, 1 million 1/2 qui en ont trois, environ 1 million qui en ont quatre, 550.000 qui en ont cinq, 200.000 qui en ont six.

En regard de ces chiffres il n'est pas sans intérêt de signaler la prodigieuse vitalité de la race canadienne.

Le gouvernement de la province de Québec ayant annoncé son intention de donner 100 acres de terre (40 h. 47) à tout chef de famille qui justifierait être le père de 12 enfants, les demandes se sont immédiatement produites de tous côtés. La *Colonisation* de Québec cite quelques-unes de ces demandes. A Trois-Pistoles, deux cultivateurs nommés Ouelles et Belisle, ont chacun 35 enfants ; un nommé Gingras compte 34 enfants; un nommé Chrétien (de l'Isle) en a 21. Le sieur Vallencourt (de Kamouraska) vient de faire baptiser son 37e héritier ; M. Joseph Dancose, de Saint-Paschal-de-Kamouraska, est le père de 12 enfants bien vigoureux ; M. Michel Fortier (d'Oxford) compte 13 enfants et vient d'adresser sa demande pour obtenir un lot de 100 acres. Toutes ces familles sont d'origine française.

(*Lyon médical.*)

BIBLIOGRAPHIE

I. — **Manuel du candidat aux divers grades et emplois de médecin et de pharmacien de la réserve et de l'armée territoriale,** par le Dr P. Bouloumié. Paris, 1890.

Actuellement la plupart des médecins sont appelés à devenir membres du corps de santé militaire. Ils doivent donc connaître l'organisation et le

fonctionnement du service de santé, ainsi que les droits, devoirs et attributions des membres de son personnel dans les diverses situations qu'il peut occuper à tous les degrés de la hiérarchie. C'est pour leur faciliter cette étude que le Dr Bouloumié a publié l'excellent manuel que nous analysons.

La première partie est consacrée à l'organisation de l'armée : recrutement, état des officiers, administration de l'armée, organisation du service de santé.

La deuxième partie traite du fonctionnement de l'armée et du service de santé et comprend les sous-divisions suivantes : le régiment, la vie de régiment en garnison, la garnison, le service de santé à l'intérieur, le service de santé dans les hôpitaux militaires, le service de santé en campagne et le fonctionnement de ce service.

Enfin, la troisième partie comprend les notions principales d'hygiène militaire, la chirurgie de guerre, les maladies et épidémies des armées, et les maladies simulées et dissimulées.

Le Dr Bouloumié a su exposer son sujet très clairement et très complètement, sans jamais fatiguer le lecteur par des détails inutiles. Il ne fallait rien moins que la compétence toute spéciale de notre confrère associée à un réel talent d'exposition, pour réussir aussi bien le travail entrepris par lui.

II. — **Hystéropexie abdominale antérieure et opérations sus-pubiennes dans les rétro-déviations de l'utérus,** par le Dr Marcel Baudouin. — Paris, Lecrosnier et Babé, 1890.

L'hystéropexie destinée à combattre les rétrodéviations utérines est une opération qui date seulement de quelques années et voilà que déjà M. Baudouin a pu en recueillir 235 cas ! Il lui a fallu plus de 400 pages très compactes pour décrire complètement les indications de l'hystéropexie, ses contre-indications, son manuel opératoire avec tous les procédés et sous-procédés des divers chirurgiens, la comparaison avec les autres opérations employées dans le même but, son pronostic et ses résultats. Hâtons-nous d'ajouter que l'auteur a su mener à bien sa tâche laborieuse d'historien complet et de bibliographe consciencieux. Les figures qu'il a ajoutées à la description des divers procédés opératoires, sont bien faites et permettent de comprendre facilement le texte. Pour qui veut connaître tout ce qui a été écrit sur cette question, il n'y a qu'à lire la thèse de M. Baudouin.

Il faut bien dire que malheureusement ce travail, si consciencieux et si complet qu'il soit, est venu trop tôt pour pouvoir démontrer la *valeur réelle* de la ventro-fixation. Les opérées n'ont pas été suivies pendant un temps suffisant pour cela, et toutes les objections qui ont été faites contre l'hystéropexie restent debout.

J. Batuaud.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

228. — Traitement de la paramétrite subaiguë et de la paramétrite chronique par le massage et l'électricité combinés (Dr SALVAT, de Bordeaux). — Quoique mes observations ne soient pas nombreuses, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Dans les cas de paramétrite subaiguë et de paramétrite chronique, la galvano-caustique chimique intra-utérine positive, combinée au massage, a amené, chez les trois malades, la résolution rapide des phénomènes douloureux et activé la résorption des exsudats ; au bout de deux ou trois séances les malades éprouvaient un soulagement tel qu'elles se croyaient guéries.

2° Les adhérences m'ont paru s'assouplir plus vite qu'avec le massage seul.

3° La leucorrhée dont étaient atteintes ces malades disparaissait rapidement et les forces revenaient vite.



229. — Traitement de la coqueluche. (BEALL.)

Thymol....................	1 gr. 20
Acide phénique.............	15 grammes.
Essence de sassafras........	àâ 7 gr. 50
Essence d'eucalyptus.......	àâ 7 gr. 50
Goudron liquide...........	àâ 7 gr. 50
Essence de térébenthine....	àâ 7 gr. 50
Ether......................	3 gr. 75
Alcool.....................	Q. s. p. f. 90 gr.

M. D. S. — Verser 30 gouttes environ sur un mouchoir que vous mettrez autour du cou de l'enfant ; renouveler l'application toutes les deux ou trois heures.

Dans les cas graves, remplacer les inhalations par l'administration à l'intérieur de la potion suivante :

Acide phénique	0 gr. 20
Bromure de sodium	3 grammes.
Teinture de belladone	20 gouttes
Glycérine	10 grammes
Eau distillée	Q. s. f. p. f. 60 gr.

M. D. S. — A donner toutes les deux à trois heures, une cuillerée à café (enfants de 3 à 4 ans).

(*An. of Gyn. a Pediatry.*)

***

230. — Onguent contre la pigmentation des femmes enceintes.

Beurre de cacao	āā 75 grammes.
Huile de ricin	
Oxyde de zinc pur	0 gr. 30
Oxyde mercurique jaune	0 gr. 15
Essence de rose	III gouttes.

M. D. S. — A frictionner deux fois par jour les parties du corps affectées.

(*Nouveaux Remèdes.*)



231. — Technique opératoire de l'hystérectomie abdominale, par le Dr Treub (1). — Dans tous les cas l'auteur a employé le procédé qui consiste à réduire dans l'abdomen le pédicule utérin après avoir assuré l'hémostase avec un lien circulaire de caoutchouc.

Il donne la technique opératoire avec tous ses détails, tels que nous les connaissons depuis les travaux de Olshausen, et tels que je les ai décrits moi-même dans mon traité de clinique en 1889. Son procédé ne diffère donc pas de celui que j'ai employé souvent à la Salpêtrière en pareil cas, et que je vous ai fait connaître à propos d'une communication faite devant la Société de gynécologie en 1887, p. 117, intitulée : *Hystérectomie abdominale pour tumeurs malignes du corps de l'utérus.*

(1) Rapport de M. Terrillon à la Société obstétricale, juin 1890.

Je ne relèverai dans les détails opératoires fournis par l'auteur que quelques particularités intéressantes. La première a trait au décollement de la vessie, dont la paroi postérieure s'applique contre la face antérieure de l'utérus pour être prise dans la ligature en caoutchouc au moment de son application.

L'auteur a donc soin de décoller la vessie sur une certaine étendue, il arrive ainsi à placer sa ligature assez bas sur le col, très près des culs-de-sac vaginaux.

Il emploie pour la ligature élastique une sonde d'Hermann en caoutchouc rouge du n° 14, préalablement stérilisée dans l'eau phéniquée forte.

Le moignon, après sa section au-dessus de la ligature, est désinfecté avec soin, ainsi que la cavité utérine restante, et le tout rentré dans le bassin.

A propos de cette réaction du pédicule, l'auteur insiste sur une manœuvre, que j'ai mise aussi en pratique et qui semble avoir une assez grande importance; elle consiste dans les précautions suivantes :

Avant d'abandonner le pédicule, il est bon de soulever l'intestin qui occupe le fond du bassin, et de faire en sorte qu'aucune anse ne soit prise entre le pédicule et le fond du bassin. Sans cette précaution, l'anse d'intestin peut être aplatie sur le plancher pelvien par le poids du moignon utérin. Ainsi immobilisé, il peut devenir le point de départ d'un étranglement interne mortel. M. Treub a perdu une de ses malades par ce mécanisme.

Sur 42 opérées quatre sont mortes, mais toujours par des causes qui ne sont pas spéciales à la méthode opératoire.

Une mourut d'étranglement interne d'après le procédé indiqué plus haut. Une du choc opératoire après une opération longue et pénible. La troisième de péritonite par l'oubli d'un tampon dans le bassin. Une quatrième mourut de péritonite purulente due aux sutures préparées de la paroi abdominale. Ces opérations ont été pratiquées pour des fibromes dans 55 cas et pour des tumeurs d'autre nature dans les sept autres observations.

Enfin, dans une lettre que m'a adressée, en mars, M. le professeur Treub, il m'annonça avoir eu cinq succès nouveaux, par cette opération ainsi pratiquée. Comme conclusion de son travail, le chirurgien de Leiden prétend que la méthode extra-péritonéale doit être redressée par la méthode intra-péritonéale aux pédicules liés par un caout-

chouc, et que cette opération doit bientôt se rapprocher de l'ovariotomie par sa bénignité relative.

J'ajouterai, en terminant, que je partage l'opinion de M. Treub, car depuis cinq ans que j'emploie cette méthode à la Salpêtrière ou dans ma clientèle privée, j'ai opéré vingt-cinq malades. Si je n'ai pas les succès opératoires de M. Treub, puisque j'ai perdu 4 malades sur 25, je n'en conclus pas moins à l'excellence de cette méthode et à son avenir complet et certain.



232. — Sur la technique de l'opération césarienne. — La question de l'hémostase, à l'aide d'un lien élastique dans l'opération césarienne est encore l'objet de controverses. Voici les conclusions auxquelles M. Stolipinsky a été amené par l'examen de 91 faits cliniques et par plusieurs expériences.

De tous les moyens hémostatiques à appliquer sur l'utérus pendant l'opération césarienne, le lien élastique est le meilleur et le seul qui remplisse toujours son but. Le mieux est de le mettre en place aussitôt après l'incision du péritoine, mais de ne le serrer qu'après l'extraction de l'enfant et du placenta. Lorsque le sang qui s'écoule par l'incision utérine est médiocrement abondant, on pourra attendre encore un peu avant de serrer le lien, on évitera ainsi, dans une certaine mesure, le fâcheux effet de la constriction, c'est-à-dire l'hémorragie consécutive, résultat de l'atonie utérine. Dans certaines conditions favorables, lorsque les contractions utérines sont énergiques, le lien pourra même être inutile.

Cette manière de procéder ne fait courir aucun risque à l'enfant et la statistique montre que l'asphyxie est ainsi rendue notablement plus rare, que lorsqu'on serre le lien avant l'extraction.

Le lien ne doit être serré que juste autant qu'il est nécessaire pour arrêter l'hémorragie. Il ne faut pas se presser de l'employer, car la perte de sang amenée ultérieurement par l'inertie utérine, résultant d'une constriction trop longue, compense et au delà l'économie de sang que l'on aurait fait pendant l'incision. En un mot, il faut considérer le lien élastique, non comme un moyen de prévenir l'hémorragie, mais plutôt comme un moyen de l'arrêter quand elle est produite. (*Bull. méd.* d'après le *Centralblatt für Gynækologie*, *n°* 35.)

⁂

233. — Castration dans l'ostéomalacie. (Truzzi, de Milan.) — M. Truzzi a eu recours à la castration, dans deux cas d'ostéomalacie. Une première fois chez une femme de 26 ans, qui, dans le cours d'une précédente grossesse, avait éprouvé des douleurs ostéomalaciques. Elle avait accouché à terme et spontanément, mais l'accouchement avait été un peu laborieux. Lors d'une seconde grossesse, les douleurs ostéomalaciques se sont réveillées avec une intensité bien plus grande. La femme éprouvait une grande difficulté à se mouvoir. Il fallut provoquer l'accouchement avant terme. Les suites de couches furent normales, mais les douleurs ostéomalaciques, loin de se calmer, allaient en augmentant.

M. Truzzi pratiqua une castration double, trente-deux jours après le dernier accouchement ; les annexes de l'utérus ne présentaient rien d'anormal. L'opération fut suivie d'une amélioration rapide. Les déformations du bassin ont complètement disparu. Il n'y a plus eu de pertes menstruelles, chez cette femme.

La seconde observation concerne une célibataire âgée de 34 ans, qui avait été prise de douleurs ostéomalaciques, à l'âge de 31 ans. Ces douleurs, parties des membres inférieurs, s'étaient étendues à la colonne vertébrale, au bassin, aux côtes, et finalement aux membres supérieurs, à l'exception des mains. Il s'y était ajouté de l'amaigrissement, des sueurs profuses, une dépression du ventre, une déformation très prononcée du thorax ; bref on se trouvait en présence d'un cas bien net d'ostéomalacie.

Le 17 juin 1890, M. Truzzi procéda à une castration double. Les organes extirpés ne présentaient pas de lésions biens définies. L'état de la femme s'améliora très rapidement ; au bout de dix jours, elle pouvait de nouveau se retourner dans son lit, et à l'époque où M. Truzzi rendait compte de ce cas, elle pouvait marcher sans béquilles, et sans être soutenue.

M. Truzzi constate qu'il est très difficile de donner une explication plausible des faits de ce genre. Les théories dites chimiques sont incapables de nous faire comprendre comment la suppression de l'activité sexuelle peut améliorer, voire guérir l'ostéomalacie puerpérale ou non puerpérale. M. Truzzi incline à croire que l'influence salutaire de la castration est liée aux modifications qui se produisent dans l'activité neurotrophique de l'organisme tout entier, et qui atteignent spécialement la nutrition des os et des muscles ; il a cité des faits qui semblent parler en faveur de cette manière de voir.

Quoi qu'il en soit, l'empirisme nous a fait connaître dans la castration une intervention d'une réelle efficacité dans ces cas d'ostéomalacie, et qui ne manque pas, d'ailleurs, d'un côté rationnel, puisqu'elle soustrait les femmes ostéomalaciques aux dangers qu'entraîne pour elles la grossesse.

(*Gaz. méd. de Paris.*)

***

234. — Sur l'opération césarienne dans les cas d'éclampsie par le Dr HALBERTSMA (d'Utrecht). — Il est généralement admis que l'éclampsie présente le pronostic le plus grave lorsqu'elle éclate avant le travail. Ainsi, d'après Schauta, le taux de la mortalité a dépassé 50 % pour les femmes, dans quarante-deux cas d'éclampsie survenue avant les couches, et 42 % pour les enfants. D'autres statistiques accusent des résultats tout aussi défavorables.

Dans un cas d'éclampsie chez une femme à terme, les contractions utérines faisant défaut, M. Halbertsma a eu l'idée de pratiquer l'opération césarienne dans l'espoir de sauver la mère et l'enfant ; la tentative a réussi. Jusqu'ici, en Hollande, on a eu recours à ce mode d'intervention dans six cas d'éclampsie. Cinq femmes sur six ont été sauvées ; celle qui a succombé était à toute extrémité quand on l'a opérée. Des six enfants, un seul également est mort, peu de temps après la naissance ; il était d'ailleurs avant terme (huitième mois lunaire).

Un détail particulièrement intéressant est relatif à l'influence de l'opération sur les accidents convulsifs : quatre fois sur cinq les convulsions, très violentes jusqu'à l'extraction du fœtus, ont cessé aussitôt après ; dans le cinquième cas, il y a eu encore trois légères attaques. L'hémorrhagie, qui est en général très abondante, et qui, dans un cas, a été si profuse que le pouls était devenu imperceptible ; l'hémorrhagie semble avoir une influence favorable sur les convulsions.

On peut se demander si l'opération césarienne a une gravité exceptionnelle quand elle est pratiquée dans le cours de la grossesse. Il semble que non, si l'on considère que sur dix cas opérés en Hollande, deux se sont terminés par la mort, et dans ces deux cas il y avait en jeu des complications insolites.

Peut-être pourrait-on réserver l'opération césarienne aux cas où la portion vaginale du col est déjà effacée et à ceux où il existe un

rétrécissement du bassin. Dans les circonstances ordinaires et quand la portion vaginale est déjà effacée, on peut recourir avec avantage aux incisions du col suivant la manière de faire de Dührssen.

En somme, les faits démontrent que même dans les circonstances les plus défavorables nous avons des chances de sauver la mère et l'enfant ; ce résultat ne s'obtient souvent qu'au prix d'une intervention active, bien comprise. L'important serait de savoir jusqu'à quel point on peut pousser l'emploi des moyens médicaux, morphine, bains chauds, etc., sans compromettre le succès de l'intervention opératoire ultérieure.

L'auteur a résumé ses idées dans les conclusions suivantes :

1° Quand l'éclampsie survient à la fin de la grossesse et au commencement de l'accouchement, une intervention opératoire inoffensive devra souvent compléter le traitement médical par les narcotiques, par les bains chauds ;

2° Dans les cas les plus défavorables, lorsque par exemple l'anurie est complète, on devra se résoudre, s'il est besoin, à des opérations plus graves ;

3° On ne doit jamais laisser mourir la femme sans la délivrer.

(*Gaz. méd. de Paris.*)



235. — Traitement des kystes de l'ovaire par les courants induits. — M. Nœggerath a rendu compte de six cas de tumeurs ovariennes kystiques dans lesquels un traitement par les courants induits a provoqué la résorption du contenu du kyste. Voici les indications fournies par l'auteur, relativement à la technique du traitement :

1° Le courant employé doit avoir le caractère d'un courant de quantité, c'est-à-dire que le fil induit est relativement fort comme cela se trouve réalisé dans les appareils d'induction ordinaires ;

2 Le pôle négatif du courant secondaire est représenté par une éponge humide fixée à une poignée isolée ; cette éponge est introduite dans le vagin, tandis que le pôle positif, qui doit avoir une surface égale à celle de la paume de la main, est appliqué sur la paroi abdominale ;

3° L'intensité du courant doit être réglée de telle sorte que le passage du courant soit à peine perçu par la malade. La durée de chaque

séance doit être une demi-heure au minimum, elle sera, dans la suite, portée à une heure. Trois séances par semaine suffisent.

Dans un cas où il existait des adhérences entre la tumeur et le péritoine, on faisait des interruptions du courant toutes les secondes. Ce mode d'application du courant a produit des effets très énergiques, et M. Noeggerath recommande d'y recourir désormais, pour le traitement des tumeurs volumineuses.

Le traitement doit être continué jusqu'à ce que (6 à 8 semaines) on constate une diminution manifeste de la tumeur. On attendra ensuite les effets consécutifs du traitement, qui feront rarement défaut.

L'emploi de ce traitement est principalement indiqué dans les cas de kystes proliférants à une ou plusieurs loges, de petites et moyennes dimensions. Dans ce cas l'emploi du courant induit a manifesté une efficacité tout à fait exceptionnelle, bien supérieure à celle du courant constant dans les cas de fibro-myômes, car les tumeurs kystiques étaient réduites à un volume imperceptible. En cas d'échec, il y a lieu de soupçonner que l'on a affaire à une tumeur maligne.

(*Gaz. méd. de Paris*.)



236. — De l'inversion artificielle de l'utérus dans les hémorrhagies post-partum et de la suture intra-utérine de l'utérus dans l'opération césarienne, par M. J. Kocks. — Un accoucheur allemand, M. Lomer, ayant proposé récemment l'amputation de l'utérus par la méthode de Porro, comme moyen suprême dans les hémorrhagies atoniques incoercibles *post partum*, un autre accoucheur, M. Sænger, a exprimé l'opinion que l'inversion artificielle de l'utérus permettrait, dans ces cas, d'éviter la laparotomie et de se borner à une simple hystérectomie vaginale.

A ce sujet, M. J. Kocks, privat-docent de gynécologie à la Faculté de médecine de Bonn, fait observer que l'inversion artificielle de l'utérus peut, à elle seule, suffire à arrêter la perte sanguine, car elle produit une constriction de l'organe par son col et permet, en outre, d'agir directement sur la source de l'hémorrhagie, par la compression, l'application des astringents, la ligature des vaisseaux et enfin par la constriction de l'organe au moyen de la bande d'Esmarch.

Le cas suivant, observé par M. Kocks il y a déjà quelques années, démontre bien l'efficacité de ce procédé.

M. Kocks fut appelé près d'une accouchée pour une grave hémorrhagie utérine. Il trouva l'utérus en inversion complète ; toutes les tentatives de réinversion ayant échoué (peut-être à cause du seigle ergoté administré par la sage-femme), M. Kocks étreignit énergiquement et aussi haut qu'il le put, l'organe inverti, au moyen des cordons d'un tablier, seul matériel qu'il eût sous la main. L'hémorrhagie s'arrêta. Six heures après, M. Kocks enleva le lien constricteur et réussit à réinvertir l'utérus. A bout de trois semaines, la malade quittait le lit sans avoir présenté, pendant ce temps, le moindre mouvement fébrile.

On voit donc que l'inversion artificielle de l'utérus peut être considérée comme un moyen très rationnel dans certains cas. Pour l'obtenir, on pourra recourir à la pression sur le fond de l'organe pendant que l'autre main dilatera le col ; on exercera des tractions sur le cordon placentaire, ou bien on saisira et on attirera le fond de l'utérus avec une pince de Muzeux. On appliquera ensuite, sur la base de l'organe inverti, une bande d'Esmarch, ou tout autre lien constricteur aseptique. La constriction devra être énergique pour agir efficacement, à travers les parois utérines, sur les artères utéro-ovariennes.

D'après l'auteur, cette inversion artificielle pourrait encore rendre des services dans l'opération césarienne, en permettant d'appliquer la suture utérine de façon que les nœuds se trouvent à l'intérieur de l'utérus. Par ce moyen, on éviterait l'épanchement des lochies dans la cavité abdominale, et les adhérences de l'utérus avec les organes voisins. Chez les primipares et dans certains rétrécissements du bassin, l'inversion artificielle peut être très difficile et même impraticable ; mais M. Kocks pense que, dans ces cas, il serait possible, à la rigueur, de faire le nouement intra-utérin de sa suture sans inversion artificielle de l'utérus. (*La Gaz. méd.*).



237. — Du traitement chirurgical du cancer utérin, par M. Jessett. — C'est d'après une expérience de longues années à Brompton Cancer Hospital que l'auteur formule les conclusions pratiques suivantes. (*British Gynecological Journal*, mai 1890) :

1° Contre le cancer de la portion vaginale préférer l'amputation du col avec l'instrument tranchant plutôt que l'emploi des pinces et de l'écraseur.

2° Quand la tumeur ne s'étend pas jusqu'à l'orifice interne du col, pratiquer l'amputation conique. S'étend-elle plus haut ? Il faut extirper l'utérus en totalité.

3° Contre le cancer du corps utérin, on n'a point de meilleure ressource que l'hystérectomie vaginale.

Enfin, dans l'appréciation des statistiques, il faut tenir compte du temps écoulé depuis le début de l'opération et non pas des résultats immédiats de cette dernière.



238. — Un traitement chirurgical de la cystite chez la femme, par M. More Madden. — L'opération de la fistule vésico-vaginale artificielle d'Emmet soulève des objections malgré ses succès dans quelques cas. C'est pour éviter ces objections que l'auteur conseille la médication suivante (*The American Journal of the Med. Sciences*, septembre 1890, p. 319) :

L'urèthre est préalablement dilaté jusqu'à paralysie complète du sphincter vésical et production d'une incontinence temporaire de l'urine. On pratique alors directement sur la muqueuse des applications de glycérine phéniquée, précédées de badigeonnages cocaïnés et destinés à prévenir la douleur.

M. More Madden répète les applications phéniquées une ou deux fois à l'intervalle d'une semaine et obtient ainsi, paraît-il, une guérison rapide.

(*Rev. Gyn. de Clin. et de Thér.*)



239. — Sur l'hydrastinine et son emploi dans les métrorrhagies, par le Dr Falk (*Ther. Monatsh*, 1890, n° 1). — L'hydrastinine ($C^{11}H^{13}NO^{3}$) est un produit d'oxydation de l'alcaloïde hydrastine ($C^{21}H^{21}NO^{6}$), obtenu par Freund et Will en chauffant légèrement l'hydrastine avec l'acide nitrique dilué. L'hydrastinine se présente sous forme de cristaux d'une blancheur éclatante dont le point de fusion est à 116-117 degrés centigrades ; elle est très soluble dans l'alcool, l'éther et le chloroforme, moins soluble dans l'eau chaude. Avec la plupart des acides, elle forme des sels très solubles. C'est le chlorhydrate d'hydrastinine qui, suivant l'auteur, se prête le mieux aux usages thérapeutiques.

Il résulte des expériences que l'auteur a faites sur un grand nombre d'animaux, que l'hydrastinine exerce une action remarquable sur le système vasculaire, dont la contractilité est augmentée d'une façon notable sous l'influence de cet agent. La contraction vasculaire ainsi obtenue est, avant tout, le résultat d'une action directe de l'hydrastinine sur les éléments musculaires des vaisseaux, ou, peut-être, leurs terminaisons nerveuses, sans que les centres vaso-moteurs entrent en jeu.

L'auteur a expérimenté l'hydrastinine chez un certain nombre de malades atteintes de métrorrhagies consécutives à une endométrite ou déterminées par la présence de myômes, et particulièrement aussi, dans des cas de dysménorrhée congestive et d'hémorrhagies menstruelles excessives à la suite de modifications dans la texture de l'utérus.

Les malades ainsi traitées ont été au nombre de vingt-six, et dans tous ces cas, sauf quatre, les résultats ont été excellents, et, en général, très supérieurs à ceux que donne l'ergotine dans les mêmes maladies.

L'auteur a fait usage exclusivement d'injections sous-cutanées, pratiquées avec une solution d'hydrastinine à 5 ou 10 p. 100. Ces injections, au nombre de quatre cents environ, n'ont jamais provoqué aucune réaction inflammatoire locale ; elles sont, en général, très peu douloureuses et parfaitement supportées par les malades.

Dans les cas d'hémorrhagies menstruelles excessives, il est utile de commencer le traitement six ou huit jours avant l'apparition des règles, en injectant tous les jours, sous la peau, une demi-seringue de Pravaz d'une solution d'hydrastinine à 10 p. 100, soit 5 centigrammes de médicament. Lorsque la menstruation est établie, on injecte une seringue entière par jour, jusqu'à sa cessation complète. Dans les cas de ménorrhée survenant d'une façon irrégulière, l'auteur conseille d'injecter, deux ou trois fois par semaine, 5 centigrammes d'hydrastinine. La formule qu'il emploie est la suivante :

Chlorhydrate d'hydrastinine............	1 gr.
Eau distillée..........................	10 —

Pour injections sous-cutanées, injecter une demi à une seringue par jour. (*Paris-Méd.*).

***

240. — Contribution au traitement du cancer de l'utérus par l'hystérectomie vaginale et par l'électricité, d'après la méthode d'Apostoli (Wernitz, *Meditzinskoie obozr*, 1890, n° 13-14). — L'auteur a fait deux hystérectomies vaginales, chez deux femmes de quarante et de vingt-six ans, pour cancer du col. Il est d'avis qu'il faut faire l'extirpation complète de l'utérus, même si le col seul est atteint, d'abord parce qu'il faut se guider par une règle générale de chirurgie, d'enlever le plus possible de tissu quand il y a cancer, puis que la muqueuse du corps de l'utérus a été trouvée modifiée par plusieurs auteurs dans le cancer du col, et, en outre, parce qu'on a trouvé dans certains cas des nodules secondaires dans le corps de l'utérus. Quant aux cas où il y a déjà une forte diminution de la mobilité de l'utérus, des indurations douteuses dans les culs-de-sac, et cachexie, l'auteur est d'avis qu'il faut s'abstenir d'opérer, l'opération n'améliorant pas le sort des malades, et pouvant par contre accélérer la mort. Il applique alors le traitement palliatif : curage, cautérisation au thermocautère ou au fer rouge, nettoyage systématique du vagin, tamponnement iodoformé. Il a également appliqué avec succès l'électricité, en se servant de courants de 100-200 m. a. pendant 5-10 minutes, avec électrode simplement appliquée à la partie malade, parfois avec galvano-poncture. Les avantages de ce traitement sont : 1° la cessation des douleurs, déjà après les premières séances, et d'une façon durable ; 2° la modification de l'ulcération cancéreuse qui se déterge, se couvre de granulations, perd la tendance aux hémorrhagies.

Wernitz cite quatre cas à l'appui : chez une femme de quarante ans, cessation des douleurs, l'ulcération n'a pas progressé pendant trois mois, les règles sont redevenues normales; une femme de trente-deux ans, qui avait vu ses douleurs diminuer et son état général s'améliorer sous l'influence de l'électricité, cesse les séances et voit son état empirer, pour s'améliorer de nouveau à la reprise des séances ; une femme de trente-quatre ans, mêmes résultats, exclusivement par l'électricité appliquée d'emblée, sans traitement préalable ; chez une femme de quarante-neuf ans, il y eut cicatrisation presque complète d'un nodule cancéreux ulcéré.

Wernitz conclut donc que l'électricité a des avantages, comme traitement palliatif, sur les autres modes de traitement : l'effet analgésique plus complet qu'avec aucun narcotique et ne déprimant pas les forces de la malade, la diminution des hémorrhagies et de l'écoule-

ment putride. Ce mode de traitement mérite donc d'être essayé sur une plus large échelle.



241. — Antipyrine dans la coqueluche. — Un grand nombre de médecins ont donné l'antipyrine dans la coqueluche.

Genser (de Vienne) a trouvé l'antipyrine *intus* bien supérieure aux insufflations de poudres médicamenteuses. Il donnait 10 centigr. par jour pour chaque année d'âge, et a observé la diminution du nombre, de la durée et de l'intensité des quintes.

Sonnemberger va jusqu'à regarder l'antipyrine comme un spécifique contre la coqueluche ; il donne autant de centigrammes que l'enfant a de mois, autant de décigrammes qu'il a d'années, et administre le médicament en trois fois dans la journée, de préférence après les repas, dans de l'eau ou du sirop de framboises. En agissant dès le début, on pourrait juguler la maladie. Il faut continuer l'administration pendant une semaine après la disparition des quintes. Quant à la durée du traitement, elle a été en moyenne de trois semaines.

Guarta (Congrès de la Société italienne de Méd. interne, octobre 1888) a eu de bons résultats avec des doses variant de 50 centigr. à 1 gramme par jour, en trois fois. Geffrier (*Revue gén. de clinique,* 1888, 31) vante aussi les effets qu'il a obtenus.

Dubousquet-Laborderie a réuni 91 observations ; il a eu 71 fois des résultats appréciables ; dans les autres cas, les effets étaient médiocres ou nuls. Quelques-uns de ces cas se rapportent à des adultes. Dans plusieurs faits, il a eu des accidents assez graves pour être forcé d'abandonner le traitement ; une fois (enfant de 3 ans), il a vu un commencement de cyanose avec troubles nerveux inquiétants. Jusqu'à trois ans, il a prescrit de 30 centigr. à 1 gramme en fractionnant la dose. Pour les jeunes enfants, il recommande la formule suivante :

Antipyrine..................	0 gr. 30 cent. à 1 gr.
Sirop de framboises............	20 grammes.
Eau de Vichy.................	80 —

A prendre par cuillerées à dessert, immédiatement après les quintes, en vingt-quatre heures. Boire, après chaque dose, un peu de lait avec du bouillon. (*Paris méd.*)

***

242.— Deux cas de vaginisme guéris par la galvanisation, par le Dr Lomer (*Centralblatt für Gynækologie*, 1886, n° 50). — Dans deux cas de vaginisme, chez des femmes mariées âgées l'une de 22 ans, l'autre de 27 ans, M. Lomer a eu recours avec succès à des applications du courant galvanique : l'une des électrodes, reliée au pôle négatif et représentée par une plaque rectangulaire de 7 centimètres sur 15, était appliquée sur le ventre. L'autre électrode cylindrique, arrondie à son extrémité, de 5 centimètres de diamètre, était appliquée sur le périnée et à l'entrée du vagin. Les séances avaient lieu d'abord tous les deux jours, puis tous les trois jours, puis toutes les semaines. La durée de chaque séance était de quatre à cinq minutes. L'intensité du courant était portée graduellement jusqu'au point où le sujet avait conscience du passage du courant, puis elle était graduellement ramenée au minimum.

L'effet de la galvanisation se traduisit d'abord par une diminution de fréquence des secousses convulsives du sphincter vulvaire; puis l'entrée du vagin devint peu à peu insensible aux attouchements ; le médecin put finalement pratiquer le toucher avec un ou deux doigts. Les rapprochements sexuels devinrent possibles, pour la première fois depuis cinq ans de mariage, chez l'une des malades.

Dans les deux cas, le vaginisme se compliquait de dysménorrhée, et dans les deux cas le traitement électrique a exercé une influence salutaire sur les manifestations dysménorrhéiques. Il a paru aussi qu'au début du traitement, les deux malades supportaient des intensités de courant beaucoup plus élevées que plus tard, lorsqu'une certaine amélioration s'était dessinée. On peut conclure de là que l'affection convulsive se compliquait d'un abaissement de l'excitabilité galvanique, *loco dolenti*.



243.— Traitement des hémorrhagies à la suite des couches. (Misrachi.) — L'auteur recommande dans ces cas la caféine en injections sous-cutanées, qui serait beaucoup plus active que l'ergotine. C'est surtout chez des femmes ayant déjà perdu beaucoup de sang, où toute hésitation est dangereuse, qu'il faut recourir le plus tôt possible à la caféine.

Il commence par donner l'une après l'autre 3-4 seringues de Pravaz de la solution suivante :

Benzoate de soude..............	3 grammes
Caféine........................	2 gr. à 2 gr. 5
Eau distillée..................	6 gr. ou q. s.
	p. f. 10 gr.

M. D. S. — A injecter 6-10 seringues par jour, dont chacune contient 0 gr. 2 à 0 gr. 25 de caféine. La solution doit toujours être employée tiède.

FORMULAIRE

—

Traitement médical de l'endo-cervicite catarrhale.
(Formulaire n° 2). *Pansements vaginaux.*

(Jules Chéron.)

Dans les endo-cervicites récentes et subaiguës, dans les cas où l'infection n'est pas encore éteinte, qu'il s'agisse d'infection puerpérale avec déchirure du col et ectropion, ou d'infection gonococcique datant de peu de temps, il est bon de faire, pendant une à deux semaines, des pansements journaliers avec des bandelettes de gaze antiseptique.

Les bandelettes de gaze iodoformée ou de gaze salolée sont celles qu'il faut préférer ; leur action antiseptique est considérable, et en même temps elles offrent sur la gaze phéniquée l'avantage de ne pas déterminer d'irritation du conduit vulvo-vaginal. La gaze boriquée n'est pas irritante, mais elle n'a pas un pouvoir germicide suffisant.

Même dans les cas chroniques et anciens, lorsqu'il y a un écoulement cervical purulent, on doit aussi commencer le traitement par l'emploi de la gaze antiseptique. S'il existe des douleurs, si la congestion du col est très marquée, il y aura tout avantage à utiliser en même temps l'action décongestive et osmotique de la glycérine. Pour cela, je fais à mes malades des pansements avec de la gaze salolée fortement imbibée de glycérine neutre à 30° Baumé.

Une fois que la période nettement infectieuse du début est terminée et surtout dans les cas dans lesquels l'écoulement est glaireux, muqueux et non plus purulent, ce qui éternise l'endo-cervicite, c'est la congestion chronique de l'utérus. C'est donc aux pansements osmotiques que l'on doit accorder la préférence.

L'action osmotique est proportionnelle à la quantité de glycérine contenue dans le pansement ; de là l'utilité de se servir d'ouate hydrophile qui, sous un petit volume, permet de mettre en contact avec le col une quantité de glycérine qui doit être, en moyenne, de vingt grammes. On ne doit employer que de la glycérine neutre, marquant 30° à l'aréomètre Baumé, car seule elle a, ainsi que je l'ai montré dans mes cours de 1878, un pouvoir osmotique considérable.

J'ai établi également que le pansement glycériné agit pendant seize heures après son application ; au bout de ce temps, il ne détermine plus aucun effet décongestif ni déplétif sur le col.

Le pansement doit être appliqué très exactement sur le museau de tanche, à l'aide du spéculum, et étalé à sa surface, au moyen de la pince à pansement, pendant qu'on retire le spéculum.

Les pansements glycérinés, répétés deux à trois fois par semaine, décongestionnent très puissamment l'appareil utéro-ovarien, diminuent l'abondance des sécrétions utérines et contribuent à faire disparaître les sensations de lourdeur, de brûlure, de douleurs dans les reins, etc., qu'accusent si souvent les malades atteintes d'endo-cervicite. C'est sans contredit un moyen trop négligé depuis quelque temps.

Les formules les plus utiles à connaître sont les suivantes :

1° Glycérine neutre à 30° Baumé	200 gr.
Acide borique	10 gr.

M. pour pansements.

2° Glycérine neutre à 30° Baumé	200 gr.
Salol en poudre	10 gr.

M. pour pansements.

3° Glycérine neutre à 30° Baumé	200 gr.
Sulfate d'alumine et de potasse	15 gr.

Cette dernière solution possède un pouvoir osmotique considérable dont il faut être prévenu ; il est surtout indiqué dans les cas où l'endo-cervicite s'accompagne de laxité des parois vaginales et de relâchement des ligaments suspenseurs de l'utérus.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

LE PRONOSTIC DES HYSTÉRECTOMIES A LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Les chirurgiens se préoccupent à juste titre du pronostic de l'hystérectomie abdominale pour tumeurs fibreuses de l'utérus ; ce pronostic a été longtemps des plus défavorables ; il tend aujourd'hui à s'améliorer ; espérons qu'il deviendra moins sérieux encore à mesure que l'opération sera mieux réglée, à mesure que la technique se perfectionnera davantage et que le diagnostic s'éclairera.

Dans une discussion récente à la Société de chirurgie, M. Richelot s'est montré très optimiste lorsqu'il a déclaré qu'à l'heure actuelle le pronostic de l'hystérectomie abdominale est assimilable à celui de l'ovariotomie. « Il est incontestable, a répondu judicieusement M. Segond, qu'en acceptant cette assertion au pied de la lettre et sans autres commentaires, on s'exposerait aux plus cruels mécomptes. Que l'hystérectomie abdominale soit devenue une opération moins grave et mieux réglée qu'autrefois, le fait n'est pas douteux. Mais, ce qu'il importe de savoir et de dire très haut, c'est que l'ablation des gros fibromes par laparotomie demeure une opération plus sérieuse que l'ovariotomie. »

M. Segond est un chirurgien d'une grande habileté, que nous avons vu souvent à l'œuvre ; il a donc toute l'autorité désirable pour porter un pareil jugement. Sa statistique personnelle démontre du reste jusqu'à quel point est fondée sa manière de voir si sagement réservée.

Il n'a pas eu l'occasion d'enlever de ces fibromes sous-séreux nettement pédiculisés ou facilement pédiculisables dont on peut faire l'ablation sans ouvrir la cavité utérine ; dans ces conditions, l'intervention eût été sans contredit aussi bénigne que l'ovariotomie la plus simple. Cela tient sans doute, comme nous l'avons souvent répété, à ce que les polypes fibreux sous-péritonéaux ne produisent presque jamais d'accidents graves et par suite nécessitent exceptionnellement une opération.

Les fibromes opérés par M. Segond étaient tous très volumineux et s'accompagnaient tous de phénomènes graves. En laissant de côté les 3 cas de fibromes inclus dans les ligaments larges, dont un seul s'est terminé par la guérison, et qui ne doivent pas rentrer dans une statistique d'hystérectomie. M. Segond compte 17 opérations avec 7 morts. Ainsi présenté en bloc, le résultat immédiat des opérations est véritablement effrayant, mais il y a lieu de grouper les faits.

Dans une première catégorie, qui comprend 5 cas, il y avait envahissement plus ou moins étendu des ligaments larges, par suite la confection d'un pédicule convenable a été des plus pénibles et l'ablation des tumeurs n'a été possible qu'au prix de décollements étendus.

Ces malades sont toutes mortes. Deux d'entre elles avaient à la vérité des sarcomes plus ou moins généralisés et non point des fibromes ; il serait donc juste de ne point les invoquer pour juger la mortalité de l'hystérectomie dans la cure des fibromes, mais les trois autres cas n'en conservent pas moins leur signification.

Dans une seconde catégorie de faits enfin, les fibromes, si volumineux qu'ils fussent, étaient inclus dans l'utérus, si bien que M. Segond a pu pratiquer l'hystérectomie au milieu de difficultés d'exécution sans doute grandes, mais sans délabrements exces-

sifs, sans manœuvres par trop prolongées. Aussi, dans cette catégorie, ne trouvons nous que 2 morts sur 10 opérations : l'une par accidents cérébraux qui ont paru indépendants de l'opération et l'autre par péritonite développée au niveau des fils du pédicule qui avait été réduit.

En ne tenant compte que de cette dernière catégorie d'opérations régulières, nous voyons que le pronostic est bien meilleur et justifierait jusqu'à un certain point l'assertion de M. Richelot. Cette dernière n'est donc acceptable que pour les fibromes encore inclus dans l'utérus, quel que soit d'ailleurs leur volume, mais n'ayant pas envahi les ligaments larges, pour ceux en un mot dont l'ablation ne nécessite ni manœuvres trop prolongées, ni décollements trop étendus.

Il faut savoir gré à M. Segond d'avoir courageusement donné une statistique qui combat une assertion qu'on ne saurait laisser accréditer : l'ovariotomie et l'hystérectomie sont deux opérations aussi bénignes l'une que l'autre. Cet habile chirurgien n'est pas un partisan à outrance de l'hystérectomie dans les cas de fibromes ; moi, qui le suis moins encore, je me permettrai les considérations suivantes.

Je ne fais aucune difficulté pour admettre l'amélioration du pronostic des hystérectomies abdominales pour certaines variétés de tumeurs fibreuses. Il n'en est pas moins vrai que, même réduite au minimum non pas encore atteint, mais seulement au minimum possible, la mortalité opératoire, dans les fibromes, est au moins égale à celle que donnent les kystes de l'ovaire. Or, ces derniers entraînent fatalement la mort s'ils ne sont pas opérés ; les tumeurs fibreuses, au contraire, sont des tumeurs bénignes, qui, lorsqu'elles sont surveillées et soignées, ne compromettent réellement l'existence que dans des cas très exceptionnels. Dans ma pratique déjà longue de la gynécologie, j'ai eu l'occasion de voir un très grand nombre de fibromes utérins de tout volume, de tout siège, de tout âge ; hormis quelques cas de fibro-sarcomes pour lesquels j'ai conseillé l'hystérectomie dès que le diagnostic a pu être posé, je puis affirmer que, dans tous les

fibromes purs sans exception, je ne me suis jamais trouvé en présence d'une indication opératoire urgente, et que je n'ai pas eu à déplorer une seule fois la mort d'une malade atteinte de fibrome ; bien mieux, je suis toujours arrivé, avec des soins plus ou moins prolongés, plus ou moins sévères, à rendre aux malades la possibilité de mener la vie de tout le monde sans être notablement gênées par la présence de la tumeur.

Il m'a suffi pour cela de recourir à un certain nombre de moyens thérapeutiques, tous faciles à mettre en œuvre et tous exempts de danger. Lorsque les hémorrhagies sont profuses et en rapport avec des fongosités intra-utérines, je m'en rends maître par le curettage de la cavité utérine. Les douleurs et les phénomènes de compression ont toujours cessé sous l'influence de l'électricité appliquée soit sous la forme d'intermittences rythmées du courant continu, soit sous la forme de décharges rythmées du condensateur voltaïque. Lorsqu'il y a propagation de l'endométrite myomateuse aux trompes de Fallope et péritonite consécutive, la révulsion et les transfusions hypodermiques de sérum artificiel en ont toujours fait justice, après quoi l'électrricité repenait ses avantages. Les altérations du sang que je constatais chez les malades ayant eu des hémorrhagies abondantes avant d'être soumises à mes soins, ont toujours été l'objet d'un traitement spécial. J'ai rempli, en un mot, les indications complexes que peuvent fournir les divers cas de fibromes utérins.

Les résultats que j'annonçais plus haut prouvent que, en matière de tumeurs fibreuses, comme dans beaucoup d'autres affections de l'appareil utéro-ovarien, la bonne gynécologie consiste non à faire exclusivement acte de médecin non plus qu'à intervenir dans tous les cas au point de vue chirurgical, mais bien à varier les moyens de traitement suivant les indications. Ainsi que je l'ai dit souvent, la gynécologie de l'avenir, celle vers laquelle se tournent déjà les meilleurs esprits, n'est pas seulement opératoire, elle relève, à la fois, de la chirurgie et de la médecine, c'est *une gynécologie médico-chirurgicale.*

JULES CHÉRON.

LE DRAINAGE DE LA CAVITÉ UTÉRINE

par les voies naturelles,

Par le Dr Jules Chéron, Médecin de Saint-Lazare.

(*Suite.*)

—

Le nombre des endométrites hémorrhagiques compliquées de sub-involution utérine que j'ai soumises au drainage d'emblée et sans curettage préalable est de treize ; dans dix de ces cas, une seule application du drainage a permis d'obtenir la disparition définitive des ménorrhagies et de ramener l'utérus à des dimensions qu'on peut considérer comme à peu près normales chez des multipares ; dans trois cas seulement, j'ai été obligé, pour arriver à ce résultat, de recourir deux fois au drainage chez la même malade, la diminution de volume de l'utérus ne m'ayant pas paru suffisante à la suite de l'application du premier drain.

Le temps nécessaire pour l'expulsion du drain a varié, dans cette catégorie de faits, de quarante à soixante jours. La diminution de longueur de l'utérus a été notable dans tous les cas, et cela d'autant plus que l'organe était plus hypertrophié avant le drainage. C'est ainsi que, chez plusieurs malades, la matrice a diminué de 1 cent. 1/2 ; c'est lorsqu'elle mesurait 9 centimètres avant le début du traitement. Mais je n'ai jamais obtenu, comme résultat final, la réduction de l'utérus au-dessous de 7 cent. 1/2, même lorsqu'on ne constatait que 8 centimètres de profondeur avant de placer le drain. Une longueur totale de 7 cent. 1/2 peut du reste être considérée comme à peu près normale chez les multipares. Les trois cas qui ont nécessité deux applications successives du drain sont ceux dans lesquels la cavité utérine mesurait au moins 9 cent. 1/2 lors du premier examen.

Il est bon d'ajouter enfin que, dans cinq cas, il y avait, en

plus de l'endométrite hémorrhagique et de la sub-involution, un degré plus ou moins marqué d'abaissement de l'utérus. A ce propos, je dois faire quelques remarques afin de bien préciser le sens que j'attache à ce terme d'abaissement.

Après l'accouchement, tous les ligaments suspenseurs de l'utérus tendent à subir le même travail de régression que cet organe lui-même, mais ils ne reprennent pas habituellement toute la puissance qu'ils possédaient avant la grossesse. Si donc la matrice revient mal sur elle-même, si elle conserve un poids et un volume exagérés, ainsi que cela arrive dans la sub-involution simple, l'appareil suspenseur sera insuffisant à sa tâche et il se produira de l'abaissement. L'abaissement est considéré par les auteurs comme le premier degré de prolapsus; il n'en est rien cependant, à mon avis. Dans la descente, prolapsus ou chute, l'utérus s'engage dans l'axe du vagin et ainsi la pression abdominale tend à chasser l'organe hors de la cavité pelvienne avec d'autant plus de facilité qu'elle exerce d'une part son action sur toute la surface du fond de la matrice et que d'autre part le vagin distendu, la vulve souvent entr'ouverte et plus ou moins déchirée, n'offrent aucune résistance à cette propulsion. Une rétroversion légère est donc la condition première du prolapsus.

Par abaissement, j'entends au contraire cet état dans lequel l'utérus trop lourd et mal soutenu, conservant son antéversion normale, vient, par son col, s'enfoncer dans la paroi vaginale postérieure, y prendre appui et s'y creuser une sorte de loge. Ici la pression abdominale ne peut qu'exagérer l'antéversion, puisqu'elle agit sur la face postéro-supérieure de l'organe. Cet état n'a donc aucun rapport avec le prolapsus.

En présence d'un cas de ce genre, il y a lieu de tonifier autant que possible les ligaments utérins et de réveiller l'involution de la matrice, de manière à diminuer son poids et son volume ; on s'adresse ainsi à la fois aux deux causes de l'abaissement.

Par le fait même qu'il diminue la sub-involution, le drainage combat aussi, jusqu'à un certain point, l'atonie de l'ap-

pareil suspenseur de l'utérus, en activant la circulation des vaisseaux utéro-ovariens qui prennent une si grande part dans la constitution des ligaments utérins et principalement des ligaments larges. Ce résultat est d'autant plus facilement obtenu qu'en diminuant le poids de la matrice, on agit déjà indirectement sur son appareil suspenseur ; celui-ci, soulagé d'une partie de sa tâche, se repose en quelque sorte, et peut reprendre complètement son autonomie s'il n'a pas été trop longtemps surmené.

Observation XXVIII

Endométrite hémorrhagique avec sub-involution utérine. — Drainage. — Guérison en six semaines.

Marie B..., 24 ans, entre dans mon service de Saint-Lazare, le 10 mai 1886, avec le diagnostic : ulcération de la cavité du col.

Réglée à 14 ans ; l'établissement de la menstruation a été difficile et les règles ne sont devenues régulières qu'au bout d'un an et demi ; elles duraient trois jours, peu abondamment ; douleurs de reins le premier jour de l'écoulement.

Déflorée à 15 ans et demi, a eu un accouchement à terme à l'âge de 17 ans ; cet accouchement fut naturel et facile, non suivi d'accidents mais la malade se leva dès le neuvième jour et commit des imprudences dès cette époque. Aussi fut-elle prise de vives douleurs de reins, de pesanteurs dans le bas-ventre, d'envies fréquentes d'uriner et de pertes blanches abondantes ; à plusieurs reprises elle a été soignée, dans mon service, pour une ulcération du col et des lésions syphilitiques secondaires.

Syphilis à 18 ans ; un avortement de trois mois à 21 ans, un second avortement de cinq mois à 22 ans. A la suite de ces fausses couches repos très insuffisant, de quatre jours pour la première et de six jours pour la seconde.

Actuellement la malade n'a pas d'accidents syphilitiques. Elle se plaint des troubles suivants :

Douleurs dans les reins et au niveau des aines, sensation de pesanteur, dans le bas-ventre, rendant la marche pénible ; flueurs blanches habituelles ; règles plus abondantes qu'autrefois et durant dix

jours chaque mois. Bon appétit, mais gonflement de l'estomac après les repas avec bouffées de chaleur au visage, digestions lentes, constipation opiniâtre. Mictions très fréquentes.

Au toucher : Utérus mobile, mais lourd, volumineux ; déchirure double de l'orifice externe avec léger renversement des deux lèvres ; le corps déborde le col, surtout dans le cul-de-sac postérieur. Antéversion normale et léger degré d'abaissement sur le plancher vaginal. La consistance est intermédiaire à celle de la congestion et à celle de la métrite scléreuse ; sensibilité peu marquée.

Au spéculum : col volumineux, violacé ; double déchirure moins apparente qu'au toucher ; avec un ténaculum on produit un double ectropion des deux lèvres et on peut voir les deux tiers du canal cervical rouge luisant, recouvert par places de muco-pus concrété.

Le cathétérisme donne 85 millimètres ; la cavité utérine est élargie.

Le curettage d'exploration montre que la muqueuse est épaissie, mais dans d'assez faibles proportions pour qu'on puisse espérer de bons résultats de drainage.

Température intra-utérine 38°7.

Diagnostic : endométrite hémorrhagique avec sub-involution ; déchirure et ectropions peu importants.

Pendant quinze jours on se contente du traitement suivant : scarifications et pansements glycérinés ; attouchements de la muqueuse utérine avec une solution de résorcine ; injections vaginales chaudes ; frictions sédatives sur la région lombo-sacrée.

A la fin du mois de mai, surviennent les règles qui sont abondantes et durent neuf jours.

Le 8 juin, j'introduis dans la cavité utérine un drain en anse.

Pansements glycérinés.

Repos de six jours au lit, après lesquels la malade se lève et marche dans les salles sans se préoccuper de son drain. Ecoulement muco-purulent plus abondant qu'avant le drainage, mais pas de douleurs ; bien plus, la sensation de pesanteur dans le bas-ventre diminue.

On continue les pansements glycérinés et les injections vaginales chaudes.

Le 25 juin. — Au toucher on ne retrouve plus la saillie que faisait le corps à la base du col, au niveau de sa face postérieure ; le talon du drain commence à sortir. Au spéculum, la moitié environ des

lèvres du col a pris une teinte rosée ; le pourtour de l'orifice externe reste violacé, mais la teinte est moins sombre que lors de l'application du drain.

Même traitement. L'écoulement muco-purulent persiste.

Le 28 juin, menstruation non douloureuse. On recommande à la malade de garder le lit pendant ses règles qui durent cinq jours seulement.

Le 15 juillet, le drain sort de deux centimètres ; le col ne touche plus le plancher vaginal ; il est moins volumineux et la matrice, dans son ensemble, s'est notablement réduite. L'écoulement est de moins en moins abondant, Presque toute la surface du museau de tanche est décongestionnée.

Le 28 juillet, le drain est expulsé pendant la nuit ; coliques utérines assez vives pour réveiller la malade.

Le 23 juillet, l'utérus est normal au spéculum ; à l'hystéromètre on trouve 7 cent. 1/2 ; la température, prise dans la cavité utérine, est de 37,8.

Le 26 juillet, les règles surviennent et ne durent que cinq jours. Le curettage d'exploration montre que la muqueuse a repris son épaisseur normale. La malade, qui ne souffre plus, obtient son exeat quelques jours plus tard.

Observation XXIX (résumée.)

Endométrite hémorrhagique avec sub-involution. — Drainage. — Guérison.

Eléonore D..., 25 ans, entre dans mon service avec le diagnostic de vaginite des culs-de-sac, le 5 juin 1886.

Réglée à 13 ans. Déflorée à 15 ans. Deux accouchements à terme, le premier, il y a huit ans, le second, il y a deux ans. Repos de neuf jours après chacun d'eux.

Douleurs dans la région lombo-sacrée et dans le bas-ventre. Pertes muco-purulentes. Les règles sont devenues abondantes depuis deux ans et durent neuf jours, avec des avances de quatre à cinq jours chaque mois.

Examen : Utérus mobile, plus volumineux qu'à l'état normal, en position physiologique, sensible à la pression, surtout au niveau du fond. Rien d'anormal du côté des annexes.

Hystérométrie : 8 cent.

Curettage d'exploration : Muqueuse un peu épaissie surtout au niveau du fond de la cavité et dans les angles.

Diagnostic : Endométrite hémorrhagique avec sub-involution.

Traitement : Application d'un drain en anse le 20 juin ; pansements glycérinés et injections vaginales chaudes.

Repos de six jours au lit. Écoulement muco-purulent abondant.

Règles le 1er juillet, non douloureuses, un peu moins abondantes que précédemment, et ne durant que sept jours (au lieu de neuf jours).

Ecoulement muco-purulent ; même traitement pendant tout le mois de juillet. Réduction progressive du volume du corps et du col. Décongestion graduelle du museau de tanche. Le drain commence à sortir à la fin du mois de juillet.

Règles le 2 août ; expulsion du drain le premier jour avec quelques tranchées utérines. Lavements laudanisés après l'expulsion du drain. Les règles ne durent que cinq jours et sont d'une abondance modérée.

Disparition des douleurs. Longueur de l'utérus : 7 cent. 1/2.

Exeat le 18 août 1886.

Observation XXX.

Endométrite hémorrhagique avec sub-involution et abaissement.— Drainage. — Guérison.

Marie G..., 25 ans, entre dans mon service de Saint-Lazare, le 7 février 1886, avec le diagnostic : vulvo-vaginite.

Réglée à 4 ans et demi, toujours régulièrement, peu abondamment pendant 4 à 5 jours chaque mois. Les règles étaient douloureuses avant la défloration, qui a eu lieu à 18 ans, mais depuis elles n'amènent que quelques malaises, plutôt que des douleurs vives.

La malade est venue plusieurs fois dans mon service pour des accidents vénériens et en particulier pour une bartholinite à répétition que j'ai dû opérer, il y a plusieurs années. Il y a sept mois, la malade, après une suppression complète de la menstruation pendant trois mois, a eu une perte très abondante de sang mélangé de caillots (fausse couche probable). Néanmoins elle ne prit aucun repos au lit à ce moment. Depuis lors, elle éprouve une sensation de pe-

santeur pénible dans le bas-ventre, des tiraillements au niveau des aines, des douleurs de reins et des envies fréquentes d'uriner. Pertes blanches abondantes. Les règles n'ont pas manqué depuis cette époque ; elles durent 8 à 9 jours au lieu de 4 à 5 jours et sont plus profuses.

La santé générale est encore bonne ; les troubles digestifs sont peu accentués.

Au palper, on ne constate aucune tumeur abdominale. Au toucher, utérus abaissé, frottant contre le plancher vaginal ; quand on soulève le col de 1 cent. et demi, la malade accuse une sensation de bien-être. Orifice externe déchiré à droite, sur une faible étendue ; peu de renversement des lèvres du col, qui a une consistance un peu mollasse.

Par l'examen bi-manuel on constate la mobilité complète de l'utérus, sa position en antéverion exagérée, son volume augmenté d'une façon assez régulière. Intégrité des annexes.

A l'examen au spéculum, vaginite des culs-de-sac, col violacé, volumineux ; orifice externe entr'ouvert, écoulement utérin peu abondant.

La cathétérisme permet de constater que la matrice est bien en antéversion ; elle mesure 8 centimètres. Température intra-utérine : 38°2.

Curettage d'exploration : Muqueuse épaissie sans grosses fongosités. Diagnostic : Endométrite hémorrhagique avec sub-involution et abaissement. Vaginite des culs-de-sac.

Après avoir dilaté le canal cervical, je pratique un lavage de la cavité utérine avec de l'eau phéniquée à 40° ; le col se décolore assez rapidement, ce qui me permet de porter un pronostic favorable. Séance tenante, je place un drain en anse. Tampon iodoformé sur le col et dans les culs-de-sac pour agir contre la vaginite.

La malade garde le lit pendant huit jours ; tous les matins on lui fait une injection vaginale chaude contenant une cuillérée de coaltar saponiné.

Le 20 février, la malade a ses règles sans douleur. Elle garde le lit pendant leur durée, qui est de huit jours. Le 27 février, on constate, par l'examen bi-manuel, une légère diminution de volume de la matrice, surtout appréciable par la diminution de poids de l'organe et la réduction des diamètres transversaux du corps utérin. Au spéculum, le col paraît moins gros, sa teinte est moins foncée, sur-

tout à la périphérie. La vaginite s'est amendée. Badigeonnage des culs-de-sac avec de la teinture d'iode. Pansement glycéro-tannique (glycérine, 10 p.; tannin, 1 p.)

La malade se lève et marche dans la salle comme ses compagnes. Elle sent beaucoup moins de pesanteur dans le bas-ventre et de tiraillements des aines. Les envies fréquentes d'uriner ont disparu. Le sommeil est excellent. Les pertes blanches sont peu abondantes.

L'amélioration continue jusqu'au 18 mars. A cette date, les règles surviennent avec quelques douleurs expultrices et ne durent que six jours avec une abondance moyenne. Le drain est chassé au milieu de la journée; les autres jours se passent sans douleur.

Le 24 mars, la malade demande son exeat. On trouve la matrice ne frottant plus contre le plancher vaginal, même pendant la station debout. La cavité utérine mesure 7 cent. 1/2 ; la température est de 37°8. Le col est normal et la vaginite n'existe plus.

Marie G... quitte le service complètement guérie à la fin du mois de mars 1886.

Observation XXXI.

Endométrite hémorrhagique avec sub-involution et abaissement. Drainage. Guérison.

Léocadie R..., 23 ans, entre dans mon service de Saint-Lazare, le 10 février 1886 avec le diagnostic de végétations vulvaires et anales. Il existe en effet de nombreux papillomes de forme très variée au niveau des grandes et petites lèvres, du périnée et du pourtour de l'anus. Nous laisserons de côté cette partie de l'observation.

Réglée à 13 ans, irrégulièrement pendant deux ans et régulièrement à partir de 15 ans, âge de la défloration. Un enfant à terme à 16 ans et demi ; accouchement naturel et facile, repos de 9 jours seulement au lit.

Un second enfant deux ans après ; lever huit jours après l'accouchement, qui ne présenta rien d'anormal. Pas d'allaitement à la suite de ces deux grossesses.

Depuis cette époque la malade est sujette aux pertes blanches qui pourtant ne sont pas très abondantes. Les règles sont devenues profuses et durent neuf jours avec des avances de six jours chaque mois. Douleurs dans le ventre, avec sensation de pesanteur et de ti-

raillement au niveau des aines surtout pendant la marche et la station debout. Digestions lentes et difficiles, constipation habituelle. Bon sommeil.

Le palper ne fait rien découvrir d'anormal ; au pincement de la peau de la région hypogastrique la douleur est très vive (névralgie lombo-abdominale) ; ventre très dépressible ; le corps de l'utérus est en avant derrière le pubis, un peu augmenté de volume.

A l'examen bi-manuel, utérus mobile, en antéversion, culs-de-sac dépressibles ; rien du côté des annexes ; les ovaires sont peu sensibles à la pression et ne sont pas augmentés de volume. Au toucher debout, le col, tourné en arrière, frotte contre le plancher vaginal dans lequel il s'est fait une loge ; quand on le soulève, la malade éprouve une sensation de bien-être.

Au spéculum col violacé, volumineux ; orifice externe entr'ouvert.

Le cathétérisme donne 8 cent. et demi. Température intra-utérine : 38°7. La curette ramène une muqueuse mollasse, un peu hypertrophiée.

Lavage de la cavité utérine. Mise en place d'un drain en anse. Pansement glycériné.

Quelques légères coliques utérines les trois premiers jours. Cataplasmes laudanisés sur le ventre. Frictions, sur les reins, avec un mélange de chloroforme, d'éther et d'alcool camphré. Ecoulement muco-purulent abondant. Injections vaginales chaudes boratées trois fois par jour. Deux pansements glycérinés par semaine. Les règles surviennent le 23 février et durent huit jours, sans douleurs ; pendant ce temps la malade garde le lit par précaution.

A partir de la fin du mois, l'écoulement purulent est moins abondant ; on ne fait plus que deux injections par jour, les pansements glycérinés sont continués ainsi que les frictions sur la région des reins. La malade ne se préoccupe plus de son drain ; les sensations de pesanteur dans le bas-ventre et de tiraillement des aines ne sont plus perçues que vers la fin de la journée, lorsque la station debout a été par trop prolongée.

A chaque visite on constate la décongestion de plus en plus notable du col. Le drain commence à sortir de la cavité utérine.

Les époques reviennent le 23 mars et durent jusqu'au 29 sans douleurs. Elles sont moins abondantes que d'habitude. Repos au lit pendant ce temps.

Le 27 mars, au toucher debout, on ne trouve plus le col frottant

contre la paroi postérieure du vagin ; le talon du drain sort de deux centimètres ; l'écoulement est très réduit ; le museau de tanche est à peu près complètement décoloré.

Le 10 avril, expulsions du drain avec quelques tranchées utérines.

A cette époque l'abaissement a disparu, l'utérus est allégé, il mesure 7 centimètres et demi à l'hystéromètre et la température intra-utérine est de 37°7. Les règles reviennent le 21 mars, durent six jours et sont d'abondance modérée. La malade se sent tout à fait bien et demande son exeat qui lui est accordé le 29 mars.

(*A suivre.*)

NOTES SUR LES FIBRO-MYOMES UTÉRINS

Par le Dr NICOLAS SAN JUAN,

Professeur de gynécologie à la Faculté de Médecine de Mexico.

J'ai l'honneur de présenter l'extrait de quelques-unes de mes notes sur l'intéressante étude des fibro-myomes utérins.

Je me permettrai seulement de vous communiquer les points qui, à mon avis, présentent un nouvel intérêt.

D'après moi, ils se réduisent à deux principaux : le premier est relatif à l'*étiologie* et le second au *diagnostic*, en relation avec le parenchyme utérin.

En 1880, j'eus à l'hôpital Morelos, dans mon service, une malade d'environ 35 ans, qui souffrait d'un volumineux fibro-myome intra-mural correspondant comme volume à une grossesse de 8 mois.

L'ensemble des symptômes de cette affection ne présentait rien de particulier ; seulement il y avait des perturbations au cœur qui me firent découvrir un rétrécissement aortique.

C'était vraiment étonnant de ne pas trouver parmi ses antécédents d'attaque inflammatoire qui eût laissé de lésion.

Ce fait était encore présent à ma mémoire quand, 6 ou 8 mois plus tard, il s'en est présenté un autre semblable dans mes visites privées.

C'était une dame de bonne position, âgée de 34 ans, stérile, souffrant de ménorrhagies et chez laquelle je découvris l'existence de fibro-myomes intra-muraux et sous-péritonéaux d'un volume égal à celui d'une grossesse de 5 à 6 mois.

Cette femme avait, en outre, sans précédents corrélatifs, la valvule mitrale insuffisante ; elle en mourut 2 ans plus tard.

Vivement impressionné par ces deux faits, il me vint à l'idée que les deux affections étaient le résultat d'une même cause. Guidé par cette manière de voir, j'ai continué mes observations jusqu'à présent et je vais vous présenter le résumé de mes notes sous ce point de vue, notes que j'ai prises d'une manière très suivie pendant les trois dernières années. — Voici le tableau statistique :

Parmi les 984 malades que j'ai inscrites pour la première fois, pendant l'espace de 3 ans, il y en avait 39 qui souffraient de fibro-myomes utérins.

De ces 39 cas étaient multiples sous-péritonéaux, 12 ; sous-péritonéaux, intra et extra-muraux, 15 ; intra-muraux seulement au corps, 3 ; intra-muraux comprenant le corps et le col, 2 ; unique et grand péri-utérin pédiculé compliqué de syphilis, 1 ; fibro-kystes péri-utérin, 2 ; intra-utérin à large base d'implantation, 4.

Parmi les malades de la 1re série, il s'en est trouvé 3 qui avaient des palpitations et du souffle aortique ; 1, de l'oppression précordiale et un fort choc et l'autre une atrophie du cœur, ce que l'autopsie a prouvé plus tard.

Dans la 2e série, 3 présentaient un choc précordial intense et bourdonnement auriculo-métallique ; 1, une insuffisance mitrale ; 1 une sonorité excessive au premier bruit, un choc intense ; 1, de la fatigue en marchant et une tension artérielle basse ; 2 ont eu des cas de décès dans leurs familles provoqués par des maladies de cœur.

Dans la 3me série, une des malades avait des frémissements cavitaires et de la congestion pulmonaire.

Enfin, dans la 4e série, 2 avaient le souffle anémique.

Parmi les 1560 malades inscrites pour la première fois dans la

clinique de mon infirmerie particulière, et appartenant en majeure partie à la classe pauvre et travailleuse, j'en ai rencontré seulement 24 qui souffraient de fibro-myomes. Il y en avait 8 sous-séreux, 12 intra-muraux, 2 intra-utérins et 2 sessiles dans la partie vaginale du col.

Parmi les malades de la première série, 3 avaient de fortes impulsions du cœur et des palpitations ; 1 avait le souffle aortique persistant pendant le premier temps.

Dans la 2e série, 1 avait un souffle de scie dans le premier temps dans le siège aortique et des vertiges ; 2 avaient le souffle faible sans prolongation sternale ; 2 présentaient des bourdonnements auriculo-métalliques, et 2 enfin, qui étaient des personnes de plus de 40 ans, avaient des rhumatismes goutteux dans les mains.

En résumé, sur les 39 malades de fibro-myomes de la première classe, il y en avait 12 qui présentaient diverses formes de cardiopathies.

Dans celles de la 2e classe, 9 se trouvaient dans les mêmes conditions.

Comme on le voit par cette statistique, la différence qui existe entre les malades affectées de fibro-myomes appartenant à la classe aisée ou à la classe travailleuse, est remarquable, circonstance qui est également connue de toutes les écoles.

On voit également dans mes notes que la coïncidence entre les fibro-myomes utérins et les lésions organiques du cœur est très fréquente, et parmi elles domine la sténose relative de l'orifice aortique. Il faut également remarquer que celles-ci et les autres cardiopathies surviennent de préférence avec les fibro-myomes intra-muraux et sous péritonaux. Ces derniers cas se présentent rarement accompagnant les petits fibro-myomes pédiculés de la cavité utérine.

En conséquence de ce que je viens de dire précédemment, et de l'étude que j'ai faite jusqu'à présent sur les malades dont je viens de parler, je vais m'aventurer à donner mon opinion en ces termes : LA PRODUCTION DES FIBRO-MYOMES UTÉRINS EST UN FAIT SUBORDONNÉ A LA MANIFESTATION DE L'ARTHRITIS, COMPRE-

NANT DANS CELLE-CI, COMME MARTINAU ET PIDOUX, LE RHUMATISME ET LA GOUTTE.

C'est ce qui concerne les fibro-myomes utérins de notre pays au moins, au point de vue de leur étiologie générale.

Quant aux causes déterminantes de ces néoplasmes, j'ai trouvé dans ma pratique que c'étaient les flexions du corps sur le col et les sténoses externes. Je ne pourrai pourtant pas assurer si ces flexions sont toujours préexistantes ou conséquentes de ces néoplasmes.

Le second point sur lequel je veux appeler votre attention est celui qui est relatif au diagnostic de ces tumeurs.

Tous les gynécologues expérimentés ont fait usage de la sonde utérine dans ces cas et s'en sont même servis pour déterminer l'épaisseur des parois utérines, afin de savoir de quel côté était le néoplasme ; mais personne, que je sache, a tiré un plus grand profit qu'on peut obtenir de l'hystérométrie en relation avec le diagnostic précis du siège.

En mesurant exactement jusqu'au fond de la cavité utérine avec la sonde malléable, j'ai pu m'assurer que *l'augmentation des cavités est en proportion avec l'épaisseur du tissu utérin* qui contribue à former la capsule ou les capsules des fibro-myomes. Cette particularité est très importante à connaître dans ces cas ; on ne la connaissait jusqu'à présent que par l'inspection directe. La règle que je viens de donner souffre peu d'exceptions.

En me basant sur les considérations étiologiques antérieures, j'ai commencé à employer dans le traitement général des fibromyomes une thérapeutique subordonnée aux indications de l'arthritis.

Parmi les moyens qu'on recommande pour cette diathèse, je crois que les eaux thermales spéciales dans ce cas sont plus efficaces.

Pour réduire le volume des tumeurs, j'ai employé moi-même et j'ai vu employer au Dr Apostoli de forts courants galvaniques appliqués dans l'utérus ; et, par l'expérience que j'ai acquise avec

ce système, je crois pouvoir assurer qu'on peut seulement procéder comme le Dr Bantock l'a déjà dit, afin d'utiliser l'action électro-chimique et modifier par ce moyen l'endométrite fongueuse qui les accompagne ; mais, par ce système, on ne doit pas attendre la réduction totale du volume de l'organe. Avec plus de sécurité, on arrive à ce but par l'application des interruptions rythmiques des courants continus, suivant le procédé publié si souvent en France par le Dr Chéron et ses élèves, procédé qui utilise seulement l'action électro-dynamique et remplace avantageusement l'emploi fréquent et prolongé des injections hypodermiques d'ergotine.

Je dois ajouter à ce sujet une observation personnelle et sur laquelle les publications du Dr Chéron n'ont pas encore fixé l'attention des médecins ; c'est la suivante: que l'effet de l'application des courants par cette méthode agit uniquement en réduisant le volume des fibres musculaires hypertrophiées du parenchyme utérin et en aucune manière le volume du néoplasme. Pour cette raison, ce traitement palliatif doit seulement être suivi dans les cas de fibro-myomes plus ou moins intra-muraux.

Je crois important de déclarer que pour la guérison radicale des néoplasmes en question par le moyen de la chirurgie, il est préférable pour l'avenir de la malade de faire l'hystérectomie abdominale, comme je l'ai vu mettre en pratique et comme le recommandent les professeurs: Hegar, Kaltenbach et Charles Braun de Vienne; à moins qu'on n'ait la facilité d'extirper tous les noyaux qui peuvent se développer plus tard.

Ma courte expérience dans ces opérations m'autorise à appuyer cette dernière opinion.

Mexique, août 1890.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 1er octobre 1890. — *Présidence de* M. NICAISE.

OCCLUSIONS DES FISTULES RECTO-VAGINALE.

M. LE DENTU communique à la Société un procédé qui lui a réussi dans la cure d'une fistule recto-vaginale ; la méthode suivie ordinairement consiste à fendre la cloison jusqu'à la fistule et à faire une périnéorrhaphie. Ce procédé se comprend quand le périnée est déchiré ; mais tous les cas ne comportent pas une opération aussi importante. M. Le Dentu avait affaire à une fistule petite située sur un périnée en bon état.

L'opération fut faite de la façon suivante. On mène une incision courbe partant d'un point assez éloigné de la fistule situé au-dessous d'elle et passant au-dessus d'elle. Une seconde incision courbe passe sous la fistule et va rejoindre la fin de la première incision, limitant ainsi un croissant qui est enlevé et qui fait l'avivement. Cet avivement est prolongé en bas en disséquant un lambeau qui ensuite viendra recouvrir, grâce à son élasticité, toute la surface avivée. Mais au préalable il faut supprimer la fistule en enlevant le trajet et un coin de parties molles. La suture est faite à l'aide de fils passant dans l'extrémité des lambeaux taillés en biseaux et fixés à l'aide de tubes de Galli, ou même d'un nœud fait sur un petit rouleau de gaze iodoformée.

Il est bien entendu que, pour faire ce procédé, il faut qu'entre la vulve et la fistule il y ait la place suffisante pour faire le lambeau.

M. QUENU a eu à traiter une malade qui portait une petite fistule et pour laquelle il trouvait l'opération de la périnéorrhaphie trop importante aussi, cette fistule étant située à 2 centimètres au-dessus de la vulve. M. Quenu se contenta d'abord d'aviver et de suturer à part muqueuse rectale et muqueuse vaginale. Les sutures manquèrent. Pendant le cours de l'opération, il avait été frappé de la minceur de la muqueuse rectale à son union avec

la muqueuse vaginale et de la poche qui était formée dans le rectum à ce niveau.

En disséquant la muqueuse vaginale et en la séparant de la muqueuse rectale à l'aide d'une incision faite à la peau, il put décoller les deux plans et arriver ainsi à avoir deux orifices qui n'étaient plus en rapport l'un avec l'autre, il sutura la muqueuse vaginale et depuis fendit le sphincter anal, afin de donner une issue facile aux gaz. Ce procédé, qu'il a retrouvé du reste dans A. Guérin, lui réussit parfaitement.

M. Monod a défendu autrefois le procédé de la périnéorrhaphie, mais il s'est cependant trouvé en face d'une fistule pour laquelle il se contenta de faire un large avivement vaginal avec sutures et grâce à l'antisepsie il réussit fort bien. Il abandonne donc, pour sa part, la méthode qu'il a défendue autrefois, sauf dans le cas où la fistule est tout près de la vulve.

M. Segond estime qu'il faut distinguer les fistules recto-vaginales haut placées de celles qui sont situées près de la vulve. Dans ces dernières, une périnéorrhaphie avec décollement des deux muqueuses réussit toujours.

M Reclus pense aussi que l'antisepsie joue un rôle considérable dans ces cas ; car dans une fistule haut placée il a réussi par un avivement simple là où plusieurs chirurgiens avaient déjà échoué. Il s'est aussi très bien trouvé d'un tube placé dans l'intestin et destiné à l'évacuation des gaz.

M. Anger, après une périnéorrhaphie, eut une fistule recto-vaginale située à 5 centimètres de la vulve qu'il réussit à fermer à l'aide d'un procédé analogue à celui qu'il emploie pour l'uréthroplastie.

M. Bazy estime que la section du sphincter n'est pas une quantité négligeable et qu'elle doit être évitée toutes les fois qu'on le peut.

M. Quenu a chez sa malade essayé l'avivement et certes c'est le procédé le plus simple ; mais il ne réussit pas toujours et c'est pour cela qu'il a employé le procédé qu'il a décrit. Quant au tube intestinal pour l'évacuation des gaz, il est mal supporté par certaines malades. Il a préféré fendre le sphincter à ciel ouvert, ce qui lui a évité de mettre un tube.

M. Le Dentu croit qu'on peut catégoriser les malades de la façon suivante : celles qui ont une large déchirure au périnée et

une fistule : pour celles-là il n'y a pas à hésiter, il faut faire l'incision du périnée et la périnéorrhaphie en même temps que la cure de la fistule ; celles qui n'ont qu'une fistule sur un périnée peu déchiré : à celles-là, si les malades acceptent la périnéorrhaphie, il faut encore la pratiquer. Enfin, quand le périnée est sain, les fistules peuvent être situées haut ou bas. Pour les fistules inférieures, l'avivement simple peut être essayé, mais il échoue bien souvent, ou alors faire le procédé qu'a employé M. Quenu, et dans les fistules supérieures M. Le Dentu recommande son procédé.

Quant au tube intestinal, il ne le croit pas nécessaire. Il a purgé sa malade le troisième jour et a maintenu le ventre libre jusqu'au moment où il enlève les fils. Quand ceux-ci sont enlevés et ne soutiennent plus les parties réunies, il constipe ses malades.

(*La France médicale.*)

RÉSULTATS DU TRAITEMENT DE LA MÉTRITE PAR LE CRAYON DE CHLORURE DE ZINC.

M. Routier présente un utérus atteint de métrite qui avait été ainsi traitée. On peut constater qu'il n'existe plus de canal cervical. La malade portait deux tumeurs du côté des annexes qui n'étaient autres que des hémato-salpingites déterminées par le reflux du sang menstruel de la matrice dans les trompes, et qui nécessitèrent l'ablation des trompes et des ovaires.

M. Bazy a vu, à deux reprises, une obstruction complète du col chez une femme opérée d'un épithélioma du col par l'amputation au galvanocautère. Les deux fois, il a pu débarrasser la malade par une simple ponction avec un bistouri pointu et l'application d'une tige de laminaire.

M. Le Dentu, chargé d'un rapport à l'Académie sur le traitement des métrites par le crayon de chlorure de zinc, a eu l'occasion, le matin même, de rencontrer un cas d'atrésie complète du col, consécutive à ce mode de traitement.

Séance du 8 octobre.

DES ACCIDENTS PRODUITS PAR LES CAUTÉRISATIONS DE LA MUQUEUSE UTÉRINE AVEC LES BATONS DE CHLORURE DE ZINC.

M. Pozzi. — Dans la discussion qui a été soulevée ici au commencement de cette année (Voir *Bulletin Médical*, page 254, 1890), au sujet du traitement de l'endométrite, j'ai allégué que l'emploi des crayons de chlorure de zinc ne me paraissait pas exempt de tout danger, et que très probablement il y aurait un jour ou l'autre certains accidents à déplorer, tels que la sténose du col et la sténose des trompes. Mes craintes n'ont pas tardé à se réaliser. M. Routier nous en a rapporté un cas dans la dernière séance ; il s'agissait, vous vous le rappelez, d'un hémato-salpinx, qui s'était développé à la suite de ces cautérisations, et pour lequel il a dû pratiquer la laparotomie. D'autres complications sont encore survenues ; j'en ai, pour ma part, observé quelques-unes, parmi lesquelles je vous communiquerai le fait suivant :

Il y a quelques jours j'étais consulté par une femme, se plaignant de très vives douleurs abdominales. Cette malade avait eu, à la suite d'un sixième accouchement, des hémorrhagies utérines abondantes, que l'on avait arrêtées par la cautérisation avec des flèches de chlorure de zinc. Ceci se passait en novembre dernier. On était bien parvenu à faire disparaître l'écoulement, mais depuis ce jour, à chaque époque menstruelle, la malade était prise de douleurs véritablement atroces, que ni la dilatation, ni aucun traitement ne pouvaient conjurer.

Lorsque j'ai examiné cette femme, j'ai constaté que l'utérus était en antéflexion et présentait la dureté d'une bille de billard. Le col était entr'ouvert, mais, immédiatement au-dessus, existait une oblitération de la cavité telle qu'il était absolument impossible de faire pénétrer le plus petit stylet. Il est probable qu'à la suite de la cautérisation il s'était produit une soudure totale des parois opposées de la cavité utérine, voire même une sclérose de l'organe, comme le faisait supposer sa dureté. Du côté des annexes, on ne percevait aucun gonflement, aucune tuméfaction notable.

Ne trouvant pas d'indication d'hystérectomie, j'ai pratiqué, il y a cinq jours, sur cette femme, l'opération de Battey : les trompes étaient volumineuses et très congestionnées, mais non oblitérées ;

l'ovaire gauche était sain ; quant à l'ovaire droit, il contenait deux kystes du corps jaune et quelques autres petits kystes. Depuis cette opération, les douleurs ont disparu et la malade est en bonne voie de guérison.

Je n'ai pas à insister sur l'origine de ces accidents douloureux, qui ne se sont montrés qu'après la cautérisation. Celle-là seule est la coupable. Aussi ne puis-je que répéter que ce que j'ai déjà dit sur ce traitement de l'endométrite. Avec la cautérisation par les crayons de chlorure de zinc, dont il n'est guère possible de régler les effets, on détruit la muqueuse et une portion variable de la couche musculaire, et l'on s'expose ainsi à oblitérer la cavité utérine et à provoquer des accidents plus ou moins sérieux de dysménorrhée ; il y a donc lieu de faire des réserves sur l'innocuité de ce mode de traitement.

M. Segond. — A côté des nombreux résultats désastreux que donne ce traitement, il en est d'autres déplorables, que l'on enregistre chaque jour avec non moins de fréquence. Pour mon compte, je donne actuellement des soins à quatre malades, que l'on a jadis traitées par ces cautérisations, en leur promettant la guérison. Depuis le jour où le caustique a été appliqué, ces malheureuses souffrent chaque mois de très vives douleurs, dont je ne parviens à modérer l'intensité et à diminuer la durée qu'en ayant recours au cathétérisme par les bougies d'Hégar. J'ajoute que chez trois de ces femmes, le col est entr'ouvert et que le rétrécissement cicatriciel est un rétrécissement haut situé.

M. Reynier. — J'ai expérimenté un certain nombre de fois ce traitement et à ce sujet je vous ai signalé que, chez plusieurs femmes, j'avais eu à lutter contre des atrésies cervicales consécutives.

Pour l'une de mes malades en particulier, que j'ai suivie pendant plusieurs mois, j'ai dû faire cinq ou six fois la dilatation pour faire cesser la rétention douloureuse des règles.

M. Polaillon. — S'il faut tenir compte des accidents que ces cautérisations, dans le traitement de l'endométrite, ont parfois provoqués, je ne crois pas qu'il faille toutefois les rejeter absolument. Dans certains cas, il est incontestable qu'elles donnent de bons résultats, mais à une condition, c'est qu'on les emploiera judicieusement. Ce qui fait le danger de ce mode de traitement, c'est sa facilité d'application ; aussi, n'y a-t-il rien d'étonnant que

l'on ait observé la disparition de la cavité utérine et des atrésies plus ou moins complètes du col, quand il a été intempestivement mis en usage.

C'est un point sur lequel j'ai insisté dans ma communication à l'Académie, en prévenant les praticiens que ces cautérisations devaient toujours être faites avec modération et qu'il était préférable de les renouveler plutôt que d'agir trop fortement une première fois.

Lorsque ces cautérisations sont trop intenses, elles peuvent être dangereuses ; aussi est-il nécessaire d'en bien connaitre le mode d'application, pour en retirer les effets utiles qu'elles procurent. J'ai encore fait remarquer que, si elles réussissaient surtout chez les femmes qui ont dépassé l'âge de la ménopause, on ne devait pas oublier que leur emploi commande certaines réserves à l'égard des jeunes femmes.

Il me paraît inutile de rappeler que l'endométrite est une des affections dont la guérison n'est pas toujours aisée, et qui fréquemment s'accompagne d'altérations diverses. Dans les faits que MM. Routier et Pozzi nous ont communiqués, on a noté l'existence de salpingites et de kystes, qui devaient préexister à la cautérisation, car il n'y a pas à supposer que cette dernière en ait été la cause. Ces observations ne peuvent donc entrer en ligne de compte pour condamner les caustiques. Pour porter un jugement, qui ne donne prise à aucune critique, il est donc nécessaire que l'on ait noté auparavant quel était l'état des annexes ; c'est, du reste, un point qui importe beaucoup dans le choix du meilleur traitement à appliquer.

M. Pozzi. — Je prends acte de ce que vient de dire M. Polaillon, qui reconnaît que ce traitement par les caustiques constitue une opération assez difficile à exécuter. Il offre l'apparence d'une intervention facile, et c'est ce qui en fait le danger ; car il est devenu monnaie courante entre les mains de tous les praticiens.

Il y a là un péril que nous devons signaler, pour que ce traitement ne soit pas mis en œuvre en aveugle.

Tel cependant n'a pas dû être le cas de la malade dont je vous ai entretenu, car c'est dans l'un des hôpitaux où ce traitement est en vogue, qu'elle a été soignée : c'est à la source même, à l'origine, qu'elle s'est adressée ; c'est au bâtonnage princeps qu'elle a

fait appel. Et, malgré cela, les accidents n'en ont pas moins paru.

Je n'insisterai pas sur la nécessité d'un examen antérieur des annexes. Comme M. Polaillon, je considère que c'est de toute nécessité. Quant à comparer entre eux le curettage et la cautérisation, il est aisé de voir qu'ils diffèrent dans leurs effets.

Le curettage, par suite de l'ablation des fongosités utérines et par l'issue facile qu'il permet aux sécrétions de la trompe, s'adresse tout à la fois aux altérations des trompes et de l'utérus.

Les cautérisations, au contraire, n'agissent que sur la muqueuse utérine, et elles ont cet inconvénient de pouvoir engendrer l'oblitération des trompes ; en outre, elles sont de nul effet sur les salpingites qui coexistent souvent avec l'endométrite.

Quant à la difficulté de bien se rendre compte de l'état des annexes, cela est en effet quelquefois très vrai ; cependant, dans certains cas, le doute n'est pas possible, ainsi que cela existait pour ma malade, qui ne souffrait nullement avant d'avoir reçu des soins à l'Hôtel-Dieu.

M. Segond. — Pour les malades dont je vous ai parlé, je n'ai eu aucun renseignement certain sur l'état des ovaires et des trompes avant la cautérisation. Mais ce que je sais, c'est que les opérateurs avaient l'habitude de ces cautérisations et qu'ils ont promis une guérison entière, en ajoutant que le curettage était moins sûr et même dangereux. D'après ce que je rapportais tout à l'heure, on voit que la prévision a été loin de se réaliser.

M. Routier. — Je veux rapidement rappeler que la malade que j'ai opérée avait eu des règles normales jusqu'au jour où elle a été cautérisée ; et c'est dans la suite que les douleurs ont apparu. Quant à la salpingite que j ai constatée, je crois qu'il faut bien la rapporter à l'oblitération des ostia, car c'est une dilatation générale de la trompe qui existait, ce que l'on n'observe pas en temps ordinaire, cette dilatation n'étant en général que partielle.

M. Polaillon. — Je reconnais sans peine que ce traitement n'est pas exempt de difficultés, qu'il ne doit être employé chez les jeunes femmes qu'avec beaucoup de réserve, et qu'il n'est pas à la portée de tout le monde. Toutefois, en cautérisant modérément, particulièrement au niveau de l'orifice interne, ce que j'ob-

tiens en entourant le crayon à ce niveau d'une couche de collodion, j'estime qu'on peut éviter tout danger.

TRAITEMENT DES FISTULES RECTO-VAGINALES

M. Bouilly. — Dans cette question du traitement des fistules recto-vaginales, je partage l'avis de mes collègues, qui pensent que les procédés opératoires doivent être modifiés suivant les cas. Toutefois, il me paraît possible de classer ces fistules en deux groupes.

Dans l'un se rangent toutes celles qui siègent au-dessus de la portion sphinctérienne de l'anus ; ce sont des fistules haut situées, succédant à des ulcérations ou à des abcès.

Dans le deuxième groupe se placent celles qui accompagnent la déchirure du périnée et qui, presque toujours, sont consécutives à l'accouchement.

Or, pour chacune d'elles, le traitement est tout différent.

Pour les premières, l'opération de M. Le Dentu, ou tout autre procédé du même genre, est applicable. Quant aux fistules recto-vaginales inférieures, elles ne réclament pas des procédés opératoires aussi complexes.

La périnéorraphie suffit en général, ainsi que je l'ai maintes fois appliquée en prenant soin de conserver le point de périnée qui a survécu à l'éclatement.

M. Quenu. — Je ne crois pas que l'on puisse admettre sans restriction la division en deux classes que propose M. Bouilly, pour cette raison que quelques fistules plus ou moins élevées sont consécutives à des eschares déterminées par la pression de la tête fœtale ou du forceps.

(*Bull. méd.*)

Séance du 17 *novembre* 1890.

FISTULE RECTO-VAGINALE.

M. Bazy. — Chez une femme de vingt-trois ans, j'ai traité une fistule recto-vaginale de un centimètre de diamètre, située à trois centimètres et demi du périnée. L'aspect cicatriciel de la cloi-

son recto-vaginale à la partie inférieure et de la face interne des grandes lèvres montrait qu'il y avait eu primitivement à ce niveau déchirure complète du périnée, et que cette déchirure était cicatrisée à sa partie moyenne. L'accouchement remontait à deux mois et demi.

Voici l'opération :

Incision transversale ; dédoublement de la cloison jusqu'au-dessus de la fistule. La fistule ainsi dédoublée, il y a un orifice vaginal et un rectal ; à chacune des extrémités de la première incision, je fais une deuxième incision verticale, de façon à avoir un H dont les branches postérieures sont beaucoup plus courtes que les antérieures ; je fais ensuite cinq sutures périnéales au crin de Florence, dont tous les fils vont passer dans la cloison recto-vaginale au-dessus de l'orifice rectal. Le lambeau postérieur, quand les fils sont noués sur le périnée, se retourne du côté de l'anus, et je suture les lèvres à part ; un de ces fils prend le sphincter anal.

Quant à l'orifice vaginal, il est fermé par cinq points vaginaux.

Ablation des fils périnaux au huitième jour, des fils vaginaux au dixième.

Réunion complète. Le périnée mesure près de cinq centimètres de haut.

La malade avait paru tout d'abord ne pas conserver ses matières ; mais, au moment de sa sortie, elle les conserve très bien, de même que le gaz.

Du même coup, j'ai fermé la fistule et refait un périnée complètement déchiré.

STATISTIQUES D'HYSTÉRECTOMIES.

M. Terrier. — Les hystérectomies pour fibromes que j'ai pratiquées dans mon service peuvent être partagées en deux groupes : l'un comprenant les hystérectomies avec pédicule extra-péritonéal, et l'autre les hystérectomies avec pédicule intra-péritonéal.

Dans l'espace de sept ans, je compte trente-huit hystérectomies du premier groupe, qui m'ont donné vingt-trois guérisons et 15 morts, ce qui fait une mortalité de 39,47 pour 100, ou en divisant ce laps de temps en deux périodes : 1883 à 1886 et 1887 à

1890, une mortalité de 53,3 pour 100 dans les premières années, et une mortalité de 30 pour 100 dans les dernières. On peut donc en tirer cette conclusion que la gravité de l'opération a subi une diminution depuis trois ans, mais que cependant la mortalité n'en reste pas moins plus élevée que pour les ovariotomies, dont les guérisons sont dans la proportion de 90 p. 100 environ.

Quant aux hystérectomies pratiquées, depuis deux années seulement, par le procédé du pédicule abandonné dans l'abdomen, leur nombre ne s'élève qu'à huit, dont quatre ont été suivies de guérison, et quatre de mort, soit une mortalité de 50 p. 100.

D'après le résultat général, on voit qu'il y a une différence notable entre les deux procédés opératoires ; toutefois, malgré la plus grande gravité du traitement du pédicule par la méthode intra-péritonéale, je ne pense pas qu'il y ait lieu de le rejeter d'une façon absolue : cependant, comme il met moins à l'abri de l'infection septique, il est des cas où il sera préférable de fixer le pédicule au dehors, ou bien de choisir un procédé intermédiaire, tel que sa fixation à la partie profonde de la plaie abdominale, dont on réunira les lèvres par des sutures superficielles.

Séance du 10 *décembre* 1890.

TRAITEMENT DES PYOSALPINGITES.

M. Pozzi pense que, dans les salpingites suppurées, la fièvre n'est pas une contre-indication ; bien au contraire, et il n'hésite pas à opérer dans ces cas. Ce n'est pas le pyosalpinx qui occasionne l'élévation de température, mais la périsalpingite. M. Pozzi cite deux exemples à l'appui de sa proposition dans lesquels il a eu deux succès. Dans les incisions d'abcès pelviens, ce chirurgien préfère la laparotomie à l'incision vaginale préconisée par M. Laroyenne, de Lyon. Cette incision n'est que palliative. M. Pozzi n'approuve pas non plus l'hystérectomie vaginale dans les cas de périmétrite suppurée, car elle laisse subsister des poches qu'on ne peut atteindre et des résidus inflammatoires pouvant donner lieu à des récidives.

OCCLUSION INTESTINALE OCCASIONNÉE PAR UN KYSTE DERMOÏDE DE LA RÉGION OVARIQUE DROITE.

M. Routier fait un rapport sur une observation de M. Ricard. Il s'agit d'une femme prise des symptômes d'une occlusion intestinale et opérée 4 jours après les premiers accidents. La laparotomie fut faite et on tomba sur une tumeur qui fut reconnue être un kyste dermoïde sans cheveux avec une masse jaune. La malade guérit. Comment et où se produisirent les symptômes d'occlusion ? Probablement dans un diverticule du péritoine situé derrière la tumeur et dans lequel les intestins avaient dû s'engager. M. Routier approuve la conduite de M. Ricard qui, sans diagnostic précis, a fait la laparotomie d'urgence et a sauvé sa malade.

M. Berger pense qu'il est, même après la laparotomie, très difficile de diagnostiquer la lésion qui produit l'étranglement. Il cite à l'appui de cette idée l'observation d'une femme atteinte de hernie ombilicale irréductible depuis 5 jours qui fut opérée par lui. Il trouva l'intestin non étranglé, mais tordu sur lui-même, de façon à former un volvulus maintenu par une bride mésentérique. M. Berger réduisit l'intestin ; l'étranglement fut levé, mais il ne put savoir comment s'était produite la torsion. La malade opérée *in extremis* mourut et à l'autopsie on trouva un fibrome et des brides allant du fibrome au mésentère autour desquelles l'intestin s'était étranglé.

Il y a plusieurs observations de ce genre.

M. Bouilly émet cette idée que toutes les fois qu'il y a une tumeur abdominale et des symptômes d'étranglement il y a de la péritonite et ce sont ces symptômes qu'a présentés la malade de M. Ricard. Il faut donc dans les laparotomies s'attendre à des adhérences, ce qui influe sur le pronostic.

M. Routier est de l'avis qu'en effet le diagnostic est très difficile et deux fois, pour sa part, il a opéré sans pouvoir reconnaître les causes de l'occlusion intestinale.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE.

Novembre 1890.

—

LA GYNÉCOLOGIE AU CONGRÈS DE LIMOGES (ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.)

Rapport de M. le Dr Verrier.

Vous m'avez délégué au Congrès de Limoges; la gynécologie n'ayant eu que peu de part aux discussions dans le sein de la section de médecine, je ne vous en dirai que quelques mots :

Mme Gaches-Sarraute a lu un mémoire sur les dangers de l'ergot de seigle après l'accouchement. Je crois que depuis l'opinion exprimée si souvent par M. le professeur Pajot la question est jugée et qu'il n'y a pas lieu d'y revenir dans la Société. Mme Gaches-Sarraute n'en aura pas moins éclairé, par sa communication, les praticiens de province qui pourraient ne pas être au courant de la question.

M. le Dr Fanton a lu un nouveau mémoire sur le choréoptisme pendant l'accouchement avec 3 observations à l'appui. La 2e de ces observations a été suivie par notre correspondant M. Bousquet, de Marseille.

Il résulterait de la 3e observation que l'accoucheur pourrait provoquer le travail prématurément par la suggestion chez les femmes rachitiques entraînées au préalable, sans avoir recours aux engins habituels ocytociques, dilatateurs, douches, etc. Les conclusions de M. le Dr Fanton ont donné lieu à une vive discussion à laquelle ont pris part MM. Grasset, Brémond, Baraduc et votre délégué.

Parmi les autres communications, notons encore comme se rapportant à vos études un travail sur les kystes uniloculaires de l'ovaire, par M. le Dr Gadaud et un autre travail de M. Reboul sur le diagnostic de la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire.

Les deux mémoires devant être publiés dans le compte rendu de l'Association française, nous y renvoyons l'amateur.

Enfin, votre délégué, reprenant pour son compte une opération que des revers nombreux avaient fait condamner, *la transfusion du sang*, s'est efforcé d'établir que les seuls succès à peu

près certains ont été obtenus quand la tranfusion était réservée exclusivement pour les grandes hémorrhagies puerpérales ou pour les anémies profondes suites de pertes dues à la présence de quelques tumeurs d'ordre gynécologique.

Il a exposé une statistique de 130 cas de transfusions directes de sang humain ayant donné 99 guérisons, soit un *quantum* de 76 %.

Un tel résultat serait encore plus favorable, si les précautions antiseptiques modernes avaient été utilisées dans tous ces cas, et si, surtout, les opérateurs avaient eu à leur disposition un bon appareil.

Toute la question, je ne crains pas de le dire, réside dans le choix de cet appareil.

Partant de ce principe que la mort a été causée le plus souvent par des embolies, votre rapporteur pense qu'il y a lieu de ne pratiquer que la transfusion directe en soustrayant le sang au contact de l'air ; qu'en outre les vases récepteurs, les garnitures métalliques ou d'autres obstacles dans le parcours de l'ondée sanguine pouvant aussi faciliter la formation de caillots, il faut les proscrire absolument.

C'est ce qu'a tenté de faire M. Roussel avec son appareil ; mais à mon sens, cet appareil est encore trop compliqué et d'un maniement difficile ; aussi ai-je soumis au Congrès un appareil de mon invention, simple et commode, qui réalise tout ce qu'on est en droit d'attendre de ces sortes d'instruments.

Il est bien simple, du reste :

Un tube de caoutchouc sans aucune partie métallique et garni d'une poire faisant corps avec le tube, d'une contenance de 40 gr. de liquide.

A l'une des extrémités se placent un petit trocart avec sa canule et un bouchon obturateur ; à l'autre extrémité existe une canule en cristal ou, si l'on préfère, en caoutchouc durci.

Le système de soupape est le *Moulded cnema* anglais, constitué par un aplatissement du tube près de l'extrémité armée du trocart.

L'opération comporte trois tremps :

Après avoir fait passer au préalable un courant d'eau chaude chlorurée sodique à 40 degrés environ dans l'appareil et pris toutes les précautions antiseptiques voulues, le bras du donneur

de sang étant disposé comme pour la saignée ordinaire, l'opération commence :

1er temps, ponction de la veine, placement et obturation de la canule.

2e temps, recherche et ouverture du vaisseau chez la transfusée à l'aide du trocart.

3e temps, décompression du tube sur le donneur de sang, aspiration et dès les 1res gouttes, adaptation de l'autre extrémité dans la veine du malade ; une serre-fine peut maintenir la canule dans l'ouverture du vaisseau.

La poire contenant exactement 40 gr. doit se vider par une pression lente et continue, sans qu'il soit besoin de revenir à une seconde aspiration, à moins de nécessité absolue.

D'une manière générale, 40 grammes de sang vivant, c'est-à-dire n'ayant pas subi le contact de l'air, suffisent pour ranimer un moribond ; la pharmacie ou mieux l'alimentation fera le reste. C'est qu'en effet 40 gr. de sang donnent de la tension dans l'appareil de la circulation et ont sur les injections intra-veineuses de chlorure de sodium, qu'on a voulu substituer à la tranfusion du sang vivant, l'avantage d'aider à la nutrition, ce que ne saurait faire le liquide dont je viens de parler ; j'en dirai autant du sang défibriné qui, ayant perdu presque tous ses globules, est devenu impropre à la nutrition.

Enfin, s'il est nécessaire, on peut injecter 2 fois, ou 3 fois même, 40 gr., soit 2 ou 3 coups de piston, et on aura alors introduit dans la circulation du malade 80 ou 120 gr. de sang. On peut aussi faire cette tranfusion en deux ou trois séances et c'est à cette méthode que, quant à moi, je donnerais la préférence, le cas échéant.

Après cela il ne reste plus qu'à retirer l'instrument et panser les plaies comme à la suite de la phlébotomie.

M. le professeur Mayet, de Lyon, tout en louant ma manière de procéder, a déclaré qu'il croyait que les injections de chlorure de sodium pouvaient remplacer la tranfusion.

J'ai répondu à cet argumentateur que ces injections intraveineuses qui pouvaient rendre des services dans la période du choléra où le sang est épaissi, visqueux, ne sauraient en aucune façon, et par les raisons que j'ai données plus haut, remplacer le sang humain vivant, absolument soustrait au contact des ger-

mes atmosphériques et de l'influence nocive de l'air ambiant.

Qui de nous, disais-je en terminant, ne préférerait pas recevoir dans ses veines le sang d'un sujet choisi, robuste et sain. à une dissolution plus ou moins concentrée de sel de cuisine.

Discussion. — M. Porak. — J'ai vu pratiquer la transfusion du sang pour une hémorrhagie de la délivrance alors que j'étais interne de M. Moutard-Martin ; j'ai pratiqué moi-même deux fois la transfusion du sang, les deux fois pour obvier à des anémies très graves. Dans ces deux cas, je me suis servi du transfuseur de M. le professeur Dieulafoy.

Cet instrument est muni de deux trocarts. On ponctionne la veine du donneur de sang et la veine du receveur de sang. L'opération est certainement délicate, mais elle réussit habituellement. Il est facile de ponctionner la veine du donneur de sang, mais l'opération est moins assurée pour le sujet qui doit le recevoir. D'une façon générale les veines sont moins apparentes chez la femme, surtout lorsqu'elle a perdu du sang.

On doit poser en règle absolue de ne découvrir la veine qu'après l'insuccès de la ponction. La ponction est, en effet, une opération sans danger ; on ne peut pas en dire autant de la dénudation du vaisseau. Il est d'ailleurs toujours temps d'y recourir.

Une autre raison milite en faveur de la ponction, c'est la facilité de pouvoir la refaire plusieurs fois, autant que cela sera nécessaire. Si on a pratiqué la transfusion après avoir mis la basilique à nu, on ne pourra pratiquer une seconde fois l'opération qu'en découvrant la veine du côté opposé, puis toute transfusion ultérieure deviendra difficile, dangereuse ou impossible.

Je suis convaincu que la transfusion du sang ne peut être utile qu'en renouvelant à plusieurs reprises des injections de quantités faibles de sang, 50 gr., 60 gr., 100 grammes ou plus.

Tout récemment, à l'hôpital Lariboisière, je me suis trouvé en face d'un cas qui justifiait la transfusion.

Il s'agissait d'une femme accouchée vers onze heures du soir, la veille du jour où je la vis. Il y eut rétention du délivre et tentatives inutiles d'extraction pratiquées par une sage-femme et par deux médecins appelés successivement. On apporte la malade à l'hôpital de grand matin. M. Matton, interne de service, parvint à terminer la délivrance.

A ma visite quelques heures après l'intervention, je trouvai cette femme qui, âgée de près de 40 ans, semblait en avoir 50, extrêmement anémiée ; le pouls était très rapide et très dépressible, la respiration était anxieuse et précipitée, les muqueuses décolorées.

Ne pouvant pas me décider à ponctionner la veine d'un des élèves du service, ni celle d'un serviteur, je résolus de pratiquer une injection intra-veineuse de solution salée au titre de 4 gr. 5 de chlorure de sodium pour un litre.

La ponction de la veine basilique du bras droit échoua, il se forma un soulèvement de la peau, par l'injection dans le tissu cellulaire du volume d'un dé à coudre d'eau salée.

Je ponctionnai aussitôt la basilique du bras gauche et je réussis. On put alors introduire 300 grammes de la solution dans l'appareil circulatoire de la malade.

A la fin de l'opération les lèvres étaient incontestablement plus colorées, le pouls était plus plein, la respiration plus ample et plus facile, les malaises moins pénibles.

Cette femme eut un peu de fièvre pendant les suites de couches, mais elle nous quitta une quinzaine de jours après son accouchement dans un excellent état de santé.

J'ai la conviction d'avoir rendu un service signalé à cette malade.

Le sang est une humeur absolument individuelle. Il n'a pas droit de domicile dans le système circulatoire d'un étranger. Injecté par la transfusion, il est détruit en totalité, il excite certainement les glandes hémato-poiétiques, et il fournit les éléments assimilables et utiles à la formation de nouveaux globules.

La transfusion du sang agit comme le meilleur des toniques. Mais un excès de sang peut être inutile et même dangereux.

L'injection intra-veineuse d'eau salée agit d'une façon analogue : c'est un excitant des glandes hémato-poiétiques. Elle est un moyen de tonifier l'organisme du malade, moyen excellent mais incontestablement inférieur aux injections répétées d'une petite quantité de sang.

M. Jouin. — J'ai vu faire plusieurs transfusions de sang à l'hôpital Saint-Louis. En voici les résultats : Sur 3 transfusions il y a eu 4 décès ! L'un des donneurs de sang a succombé, ainsi que les trois personnes qui en ont reçu.

M. Guéniot. — La transfusion est une opération grave et dangereuse ; je comprends, devant les faits cités par M. Jouin, que M. Porak ait préféré recourir à l'eau salée. De plus, je me demande si cette opération est supérieure à l'élévation ou à la striction des membres au moyen de la bande d'Esmark. La masse de sang obtenue ainsi me paraît plus efficace que la toute petite quantité de la transfusion. Il est vrai que c'est le sang du même individu, sang qui se trouve appauvri ; mais la quantité peut compenser largement la qualité.

M. Porak. — J'ai employé la striction des membres ; les malades la supportent difficilement. Il faudrait qu'elle pût persister un certain temps, plusieurs heures, pour être efficace et j'ai été obligé par les supplications des malades et de leur entourage de la faire cesser.

M. Verrier. — En établissant l'appareil, j'ai voulu que l'une de ses extrémités portât un trocart comme celui de Dieulafoy, pour éviter la dénudation de la veine. Je propose de faire une ligature pour faire saillir cette veine. M. Porak est favorable au chlorure de sodium, mais avec le sang, les accidents dépendent surtout de la quantité injectée. La statistique, que j'ai exposée, donne 99 guérisons sur 130 cas de transfusion de sang humain ; cette opération n'est donc pas toujours mortelle. M. Guéniot a parlé de l'élévation des membres et de l'application de la bande d'Esmark ; d'abord, on ne l'a pas toujours sous la main et dans les grandes hémorrhagies puerpérales on ne peut quelquefois pas remuer les malades, on ne peut donc pas l'appliquer.

M. Porak. -- Dans les deux cas auxquels j'ai fait allusion plus haut, les résultats n'ont pas été bien heureux.

Dans l'un des cas, il s'agissait d'une femme qui avait présenté des hémorrhagies graves consécutives à la rétention du délivre. Elle était extrêmement anémiée. La transfusion a été pratiquée à deux reprises, une fois par M. Dieulafoy, l'autre fois par moi-même. Mais la femme présenta des phénomènes de septicémie utérine avec lochies très fétides et succomba. On ne peut rien conclure de ce cas au sujet de la transfusion du sang.

Dans le second cas la femme avait perdu une très grande quantité de sang à la suite de l'insertion vicieuse du placenta, elle était réduite à l'anémie la plus marquée lorsqu'elle fut reçue à l'hôpital. Le jour même je devais prendre un congé ; je résolus, avan

de quitter le service, de pratiquer la transfusion du sang, c'est le mari qui était le donneur de sang. L'opération réussit fort bien. A mon retour je trouvai la malade dans le même état d'anémie profonde. Elle avait eu un peu de fièvre, mais depuis une dizaine de jours la température était normale. J'engageai vivement cette femme à décider son mari à nous donner encore une fois un peu de son sang. Pendant ces pourparlers, la femme succomba subitement un matin en se retournant dans son lit ; elle était accouchée depuis vingt jours. Je suis convaincu qu'on aurait pu sauver cette malade, si on avait été en mesure de lui pratiquer à plusieurs reprises des transfusions de quantités de sang variant entre 50 et 100 grammes.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU NORD

Séance du 13 *juin* 1890

PRÉSENTATION D'UNE TUMEUR SARCOMATEUSE DÉVELOPPÉE SUR LE POURTOUR DE LA VULVE.

M. Lefort. — La tumeur que j'ai l'honneur de vous présenter a été extirpée à une femme du service de M. le professeur Folet, le mardi 10 juin 1890. Cette tumeur était développée sur le pourtour de la vulve, et son volume était à peu près égal à celui des deux poings. La femme qui la portait est âgée de 36 ans, son état général est bon, elle dit n'avoir jamais été malade. Il y a six mois, apparurent, autour de la vulve, des grosseurs qui se développèrent lentement, régulièrement, et sans causer de douleurs. Depuis un mois, l'accroissement se fit plus rapidement, et, vers le 1er juin, la tumeur s'ulcéra du côté gauche. Le coït fut possible et non douloureux jusqu'à l'apparition de l'ulcération.

La malade ne rapporte à aucune cause le développement du néoplasme, elle raconte cependant que son mari présentait, depuis cinq ans, des abcès consécutifs à une hernie opérée. Rien dans les antécédents héréditaires. Effrayée de l'extension rapide de la tumeur, gênée dans la marche, la malade se décide à entrer à l'hôpital.

On constate une tumeur très volumineuse, développée en avant

de la vulve, aux dépens des deux petites lèvres, de la grande lèvre gauche, du périnée, et se prolongeant jusqu'au niveau de la marge de l'anus ; en avant et en haut, elle remonte jusqu'au mont de Vénus. Sur la grande lèvre gauche, ou plutôt sur la tumeur gauche, existe une ulcération de la grandeur d'une pièce de deux francs.

L'ouverture du vagin est très difficile à trouver dans le décubitus dorsal ; l'examen dans la position genu-pectorale permet de reconnaître l'intégrité de la muqueuse vaginale à une certaine distance de l'ouverture vulvaire. Le méat urinaire est également caché par l'énorme chou-fleur développé autour de lui. La tumeur présente un aspect remarquable, elle est divisée en lobes subdivisés eux-mêmes en lobules ; elle est molle, mamelonnée et de couleur rosée.

Il existe une adénite bi-inguinale profondément mobile.

Un examen rapide histologique aurait démontré la nature sarcomateuse de la tumeur. Une odeur repoussante se dégage des organes génitaux. L'opération est proposée et acceptée pour le 10 juin.

Toutes précautions antiseptiques prises, M. Folet fait l'extirpation au bistouri ; peu de sang. Sutures de la peau à la paroi vaginale.

On trouve le vagin comblé à sa partie antérieure par de très nombreuses végétations du volume d'un grain de blé à un petit pois, dont l'ablation sera l'objet d'une opération ultérieure.

La malade est aujourd'hui, quatrième jour de l'opération, dans un excellent état général. La réunion semble s'effectuer sur tous les points.

REVUE DE LA PRESSE

DE LA VAGINITE,

Par le docteur Guillot.

La vaginite, ou plutôt les vaginites, ont été considérées pendant longtemps comme des manifestations de la syphilis. Ricord, le premier, réagit contre ces interprétations fausses de la nature de cette affection.

A l'heure actuelle, nous pouvons diviser les inflammations de la muqueuse vaginale en deux grandes catégories : la vaginite blennorrhagique et la vaginite simple.

Au point de vue étiologique, la première est le résultat d'une infection vénérienne, communiquée par un homme atteint de blennorrhagie, infection qui pourrait à son tour transmettre la blennorrhagie à un homme sain.

A ce sujet, les auteurs ne sont pas d'accord. Pour beaucoup d'entre eux, il n'y a pas de fruit sans graine et pas de chaude-pisse sans chaude-pisse.

Gosselin disait que quand un homme contractait une uréthrite, on trouvait toujours chez la femme la vaginite coupable, et à ceux qui prétendaient ne l'avoir pas observée il répondait que, quelquefois, elle peut passer inaperçue, elle ne fournit qu'un écoulement peu notable, une sorte de suintement inappréciable ; pour la surprendre, il faut la chercher chez la femme le matin, au réveil, lorsqu'elle n'a pas uriné depuis six à huit heures.

D'autres auteurs prétendent qu'il n'y a rien de plus commun que de rencontrer des femmes qui ont communiqué des blennorrhagies sans avoir aucun écoulement ; Ricord, Fournier citent des cas authentiques desquels ont peut conclure que la blennorrhagie peut se produire en dehors de l'irritation inflammatoire de flux utérins, vaginaux ou vulvaires, qu'elle peut naître sous d'autres influences d'irritations spéciales à l'homme et auxquelles la femme reste plus ou moins étrangère.

Tout le monde connaît, en effet, la recette de Ricord, la femme blonde, les huîtres, les asperges, le vin blanc, le champagne, la bière, etc. Fournier, d'après de nombreuses observations, résume sa pensée en disant que « l'homme se donne plus souvent la chaude-pisse qu'il ne la reçoit ».

On trouve dans les auteurs de nombreuses observations d'amants contagionnés par des femmes dont les maris restent absolument indemnes.

Le Dr X... a raconté son observation propre qui ne manque pas d'une certaine originalité ; au moment où la virginité commençait, dit-il, à lui paraître lourde, il s'aidait de ses mains à en supporter le poids et avait ainsi contracté une chaude-pisse analogue à toutes les autres et particulièrement douloureuse. M. Strauss a aussi publié l'observation d'un jeune homme d'une quinzaine d'années qui, adonné

à la masturbation, et en ayant usé plus que de coutume, eut une blennorrhagie intense dans le pus de laquelle on trouva le gonococcus de Neisser.

On peut donc conclure que l'étiologie de la blennorrhagie est encore très obscure, et que, à l'occasion d'excès, la muqueuse se trouvant dans un état de réceptivité, peut permettre la pullulation d'agents pathogènes qui s'y trouvaient jusque-là dans un état latent et inoffensif.

La seconde classe de vaginites, vaginites sans gonococcus, reconnaît pour causes les métrites chroniques, le cancer utérin, l'impression du froid, le viol par contusion, violences, la masturbation avec des objets volumineux, ou rugueux, les injections trop chaudes, l'introduction de canules malpropres, les premiers rapprochements sexuels auxquels se joignent les fatigues du fameux voyage de noces. Enfin, comme causes prédisposantes, ajoutons la chlorose, la scrofule et l'arthritisme.

La maladie débute, après une incubation variant de vingt-quatre à quarante-huit heures, par une sensation de picotements, de démangeaisons ; puis les grandes lèvres deviennent gonflées et distendues, les sensations, gênantes d'abord, prennent un caractère douloureux. On voit apparaître des pesanteurs dans l'aine, dans le bassin, des mictions cuisantes, des envies d'uriner fréquentes. La muqueuse est hypéresthésiée ; les rapports sexuels sont douloureux, le toucher et l'examen au spéculum très pénibles. Les ganglions inguinaux sont augmentés de volume. A l'examen au spéculum, la muqueuse vaginale est rouge, tuméfiée, rugueuse, parsemée de granulations rougeâtres, et recouverte de pus. Ce pus, qui constitue l'écoulement dont se plaignent les femmes, est visqueux, jaunâtre, jaune verdâtre ; il a une réaction acide, ce qui permettra de le distinguer d'un écoulement utérin dont la réaction est alcaline.

Les complications sont dues à l'extension de l'infection à la vulve, à l'urèthre, à l'utérus ; de la vulve elle peut s'étendre à l'anus, déterminer une rectite ; de l'urèthre elle peut remonter les voies urinaires, donner lieu à une cystite et à ses complications propres : uréthrite, pyélite, néphrite ascendante ; de l'utérus elle peut gagner les annexes : salpingite, ovarite, pelvi-péritonite. Les complications articulaires de la vaginite blennorrhagique s'observent encore assez fréquemment.

Nous arrivons maintenant au traitement des vaginites aiguës. A ce

propos, nous n'aurons pas à faire de divisions et de distinctions ; les vaginites blennorrhagiques ou non sont toutes justiciables d'une même thérapeutique.

Laissant de côté les traitements plus ou moins anodins, comme les injections de décoction de graines de lin, de guimauve, d'amidon, le traitement interne par les basalmiques, par les astringents, nous arrivons de suite au traitement rationnel de toute maladie microbienne, à l'antisepsie. Les inflammations vaginales, en effet, sont, nous l'avons dit, produites par le développement d'agents pathogènes, gonococcus de Neisser, streptocoques ou autres selon la variété de l'affection. Notre but sera donc de lutter contre eux. Pour cela, nous possédons deux moyens : l'un qui fera l'antisepsie permanente, le tampon chargé de substances antiseptiques.

Pour les injections, on se sert de différentes solutions qui ont donné des résultats plus ou moins bons. Les solutions de résorcine à 4 pour 100 ; les solutions à l'acide phénique, au permanganate de potasse, au sublimé, etc., sont employées tous les jours et avec succès ; cependant, nous croyons à la supériorité de la solution de biiodure de mercure au 1/4000. Les injections faites avec cette solution n'irritent pas du tout la muqueuse et n'amènent qu'une très faible desquamation de l'épithélium.

Quant à l'antisepsie permanente, on la réalise en insufflant dans le vagin des poudres médicamenteuses, comme l'acide borique, l'iodoforme, le salol ou en y plaçant des tampons imbibés de solutions, ou recouverts de pommades antiseptiques.

De ces deux méthodes, la seconde est bien préférable. Les poudres insufflées, en effet, telles que l'acide borique, le salol, sont très peu solubles et forment, avec les sécrétions, un magma dont les malades se débarrassent difficilement. Nous préférons de beaucoup les tampons ou les suppositoires qui remplissent parfaitement l'indication ; les solutions dont on se sert le plus fréquemment pour les imbiber sont les solutions de salol dans l'huile d'olive (15 pour 100) ou les solutions d'iodoforme dans la glycérine (5 pour 100). Les suppositoires rendent aussi de grands services et remplacent avantageusement les tampons (iodoforme 0,50, beurre de cacao 5 gr.).

(*Rev. de thér. méd. chirur.*)

CHANCRE SYPHILITIQUE DU COL,

Par le Dr L. GALLIARD (1).

La malade dont je vais relater l'observation a été soignée par moi dans le service de M. Gingeot, que j'avais l'honneur de remplacer, à l'hôpital Saint-Antoine.

C'est une femme de 24 ans, couturière, entrant le 24 août 1889, pour des maux de tête, des vertiges, des nausées. Peu de chose à noter dans ses antécédents ; une grossesse, il y a quatre ans ; en 1888, une pleurésie. On l'a traitée pour une métrite à Lariboisière, il y a cinq mois. Elle se plaint d'une douleur à l'épaule droite. La langue est sale et la température, prise au moment de l'arrivée dans la salle, est de 38°. Le soir on note 39° ; le pouls est rapide, le facies animé et comme il y a des maux de tête et un état gastrique, l'interne de service songe à une fièvre typhoïde commençante.

C'est donc comme atteinte de fièvre typhoïde qu'on me présente la malade à la visite du 25 août. Or, en l'examinant, je constate à la face, au cou et sur la poitrine, quelques taches arrondies, brunâtres, pâles, recouvertes de squames extrêmement fines, non prurigineuses, que la patiente ignore et qu'il est impossible de ne pas rapporter à la syphilis.

Reprenant alors l'interrogatoire, j'apprends que les douleurs de tête très vives existent depuis quinze jours, qu'elles s'accompagnent de douleurs de ventre, de douleurs au niveau des jambes, mais qu'il y a d'autre part des pertes en blanc et pas de diarrhée, pas d'épistaxis. La malade s'est aperçue déjà qu'elle perdait facilement ses cheveux. Il existe, en un mot, des signes de syphilis au début et quant à la fièvre, elle ne paraît dater que de quelques jours seulement.

Du reste, la défervescence est déjà faite. Ce matin, le thermomètre marque 37°. Le pouls est lent. La langue encore surchargée, mais peu de malaise.

Il est donc impossible de maintenir le diagnostic de dothiénentérie ou même d'embarras gastrique simple et, pour confirmer celui de syphilis, nous trouvons encore l'induration de quelques ganglions cervicaux et d'un ganglion de l'aine droite. J'ajoute qu'en découvrant la malade, j'avais été frappé de l'odeur qu'elle exhalait, de cette odeur spéciale aux syphilides des organes génitaux, et qui avait contribué à me mettre sur la voie du diagnostic.

(1) Communication à la Société clinique de Paris.

L'examen de la bouche fournit peu de renseignements, de même que celui de la gorge qui est négatif.

Dès le premier jour, j'institue un traitement énergique ; bain, friction à l'onguent napolitain, injections de liqueur de Van Swieten.

Le lendemain, 26 août, je pratique l'examen des organes génitaux. Presque rien à la vulve, à peine de petites érosions à la face interne des petites lèvres, rien aux grandes lèvres, mais un écoulement vaginal assez abondant.

En découvrant le col à l'aide du spéculum (je n'ai pas touché la malade), je trouve une ulcération d'un caractère tout spécial. D'abord le siège doit être signalé, il a une grande importance. Cette ulcération n'est pas au bord de l'orifice cervical, ni même dans son voisinage immédiat. Le pourtour de l'orifice est simplement rongé, il n'est pas ulcéré. L'ulcération est excentrique, elle siège à droite sur la partie saillante convexe du col; elle est allongée, elle mesure environ 2 centimètres de long sur un 1/2 de large. Sa direction est oblique de haut en bas et de gauche à droite. Les bords sont saillants, nettement découpés, rougeâtres ; le bord, peu diminué du reste, est rouge saignant. Il fournit sous nos yeux peu de liquide. On voit, au contraire, un mucus abondant sortir du canal cervical.

Je ne puis dire s'il y a ou non induration, n'ayant pas pratiqué le toucher, mais je constate que cette ulcération ne ressemble à rien de ce qu'on voit d'ordinaire : ce n'est ni une manifestation de la métrite ulcéreuse du col, ni un produit de la folliculite, encore bien moins une ulcération tuberculeuse ou épithéliomateuse.

On pourrait songer à une syphilide secondaire, mais j'ai montré combien les syphilides étaient discrètes, dans ce cas, au lieu d'élection, à la vulve, au vagin. Il serait bien extraordinaire de trouver ainsi une syphilide aberrante sur le col de l'utérus, quand les plaques muqueuses font défaut aux régions qu'elles recherchent en général.

Le diagnostic de chancre syphilitique du col paraît donc être le seul possible. Je reconnais que la recherche des ganglions profonds aurait offert un réel intérêt ; elle n'a pas été faite. Du reste, le système lymphatique chez cette malade n'est, d'une façon générale, que faiblement intéressé.

Je panse la plaie avec un tampon d'ouate enduit d'onguent napolitain. Le tampon sera gardé jusqu'au lendemain matin et, après l'injection de sublimé, on répétera le même pansement tous les jours.

Amélioration très rapide des signes généraux et locaux. Disparition des maux de tête, du malaise. La malade demande à quitter l'hôpital le 31 août. A ce moment, la plaie cervicale n'est pas encore guérie, mais très heureusement modifiée.

Le 3 septembre, la malade vient nous consulter. Elle a pris chez elle une dose quotidienne de 0,10 centigr. de protoiodure d'hydrargyre et se trouve fort bien. Encore un peu d'écoulement vaginal.

L'ulcération du col est remarquablement améliorée. Les bords sont à peine saillants ; il n'y a presque plus de fond déprimé. Ce qu'on a sous les yeux est plutôt une érosion qu'une ulcération. La guérison paraît prochaine. Le traitement est supprimé.

Le 10 septembre, nouvel examen. La guérison s'est accomplie depuis la visite du 3 septembre. Aujourd'hui on ne voit plus qu'une cicatrice linéaire, blanchâtre. L'écoulement vaginal est presque nul. On suspend les injections mercurielles. Je prescris la continuation du traitement interne ; mais, à partir de ce moment, la malade nous échappe.

En résumé, la cicatrisation du chancre s'est effectuée en quinze jours à peu près.

Peu de temps après le départ de la malade, son mari vient se faire soigner au même hôpital pour un *chancre uréthral*.

(Revue méd.)

ICTÈRE ET GROSSESSE. — MORT DU FŒTUS,

Par le Dr Loviot.

Il y a deux ans et demi, je vis avec mon ami, le Dr D., une dame M., rue de la Roquette. Cette dame, primipare, 21 ans, au sixième mois de sa grossesse environ, avait une très petite quantité d'albumine dans l'urine, et il ne nous fut pas possible de savoir si cette albuminurie légère préexistait à la grossesse ou coïncidait seulement avec elle.

Quoi qu'il en soit, nous conseillâmes le lait, à aussi haute dose que possible, et l'albumine ne disparaissant pas tout à fait, le régime lacté absolu fut institué.

Huit jours environ avant le terme, je fus mandé de nouveau. Madame M. était atteinte d'ictère simple (elle n'avait point eu de coliques hépatiques).

Mais Mme M. ne sentait plus remuer son enfant depuis quelques

jours. A l'auscultation on n'entendait plus les bruits du cœur que j'avais parfaitement perçus quelques mois auparavant.

Nous annonçâmes à la famille le regrettable état de choses. L'accouchement eut lieu, sensiblement à terme. Enfant mort et macéré depuis une quinzaine de jours environ. Suites de couches normales. L'ictère ne tarda pas à disparaître.

Quant à l'albumine, il en est constamment demeuré des traces. 25 centigr. et un peu plus par litre.

Une nouvelle grossesse survint qui évolua très bien. L'ictère ne ne se reproduisit pas et il y a 3 mois j'accouchai Mme X. d'un enfant d'un volume moyen, mais bien constitué et viable. Confié à une nourrice, cet enfant s'élève parfaitement.

Mais Mme X. a toujours un peu d'albumine dans l'urine.

L'ictère me paraît bien avoir été la cause de la mort du fœtus ; le placenta, examiné avec soin, ne nous ayant présenté rien d'anormal, peu volumineux comme l'enfant lui-même, il ne présentait aucun foyer hémorrhagique ancien ou récent comme on en rencontre si fréquemment chez les albuminuriques.

Y a-t-il une relation à établir entre l'albuminurie légère et l'ictère simple qu'a présenté notre clientèle ? Nous ne la croyons pas. La seconde grossesse s'est passée sans ictère, bien que l'albuminurie persistât. Si le rein est touché chroniquement, le foie n'a offert qu'un état aigu qui ne s'est pas reproduit. Virchow et Braun n'ont signalé la coïncidence de l'albuminurie et de l'ictère que dans la variété grave de cette dernière affection et si Decaudin a relevé dans les auteurs les cas de coexistence de lésions du rein et de lésions du foie, dans notre cas, s'il y a lésion du rein, on ne peut dire qu'il en soit de même pour le foie qui n'a été atteint que d'une façon incidente et passagère.

Voici comment Tarnier et Budin, Traité des accouchements, tome II, p. 75 et 76, s'expriment au sujet du pronostic de l'ictère simple pendant la grossesse : « Le pronostic de l'ictère simple est en général bénin pour la femme, qui guérit pour ainsi dire constamment ; l'existence du produit de conception se trouve au contraire compromise, puisque, dans un certain nombre de cas, on observe sa mort ou son expulsion prématurée. »

L'ictère simple, font remarquer ces auteurs, peut se transformer en ictère grave et, par conséquent, « il faut dans tous les cas de jau-

nisse faire des réserves » au sujet de la mère elle-même. (*Société obstétricale*, mai 1890.)

CANULE POUR LE TRAITEMENT DES MALADIES DES VOIES URINAIRES CHEZ LA FEMME,

Par le docteur H. Fritsch.

Il n'est pas facile de traiter sans douleur une malade atteinte de blennorrhagie ou de fissure du canal urinaire.

Les crayons médicamenteux et les bougies imprégnées d'iodoforme ou de cocaïne glissent facilement hors du canal.

On ne peut se servir d'un pinceau trempé dans une solution médicamenteuse. Parfois le pinceau se plie, parfois il adhère à la paroi du canal urinaire et cause de la douleur.

L'introduction d'une sonde utérine est également douloureuse. Enfin, voici le principal inconvénient que présentent tous ces procédés : On ne peut affirmer avec certitude que les médicaments ont été appliqués sur toute la muqueuse uréthrale.

C'est pourquoi je me sers dans ces sortes de cas de la petite canule adaptée à la seringue de Pravaz. La canule, très étroite, est terminée par une olive.

Pour faire le cathétérisme sans douleur, dans les cas de fissure uréthrale ou d'uréthrite, il faut employer les canules les plus étroites.

A la partie antérieure de la canule se trouvent une foule de petits trous. Il faut aspirer une solution de nitrate d'argent à 1/20e ou 1/30e et pousser ensuite la sonde dans le canal urinaire jusqu'au moment où l'olive se trouve dans la vessie.

Ensuite on attire la sonde un peu en avant et on fait l'injection.

J'emploie spécialement cette méthode dans les cas de ténesme vésical chez les femmes âgées dont le canal urinaire est extrêmement sensible.

Je fais souvent quelques injections de cocaïne à 1/20e par jour.

Ce mode d'application des médicaments détermine de petites hémorrhagies chez les personnes prédisposées.

Alors, il faut recourir aux injections de tannin à 1/20e alternant avec les injections de cocaïne.

La canule est en celluloïd, corps inattaquable par les solutions de nitrate d'argent ou de fer.

On trouve cet instrument chez Haertel, à Breslau.

(*Centralblatt fur. Gynœck.*, nº 10, 1890.)

Dr H. LAMBINON.

RÉCIDIVE DES CANCERS DU SEIN CHEZ LA FEMME.

Dans un intéressant travail sur la question, M. Rieffel, en puisant dans les auteurs français, anglais et surtout dans les auteurs allemands, arrive à réunir un total de 687 observations, après une élimination soigneuse de toutes celles dont le diagnostic n'était pas appuyé sur un examen histologique complet et aussi de celles dans lesquelles le mode d'intervention n'était pas indiqué avec précision. Dans le chiffre ainsi obtenu, figurent 12 observations personnelles à l'auteur, et qui répondent à toutes les exigences qu'il réclame. Il fait remarquer judicieusement, à ce propos, que dans les examens microscopiques relatifs à ces 12 cas, ce qui domine, c'est la multiplication à peu près constante, c'est-à-dire quasi-caractéristique, du tissu élastique dans le néoplasme.

L'espace nous manquerait, pour suivre pas à pas l'auteur dans l'étude très consciencieuse et très raisonnée qu'il fait de la fréquence des récidives, de l'époque de leur apparition et des organes sur lesquels elles se produisent.

Dans les 687 cas de l'auteur, elles se sont montrées :

Dans la 1re quinzaine après l'opération....	35 fois, ou 5,09 0/0
Dans le cours du 1er mois................	91 fois, ou 13,21 0/0
Après la fin du 1er —	561 fois ou 87,67 0/0

Si l'on envisage les récidives au point de vue de leur succession, on trouve que celles qui ont apparu à la suite d'une première — les récidives de récidives — ont été au nombre de 134 ; celles qui ont suivi les troisièmes par conséquent, ne sont qu'au nombre de 30, et les quatrièmes au nombre de 7.

Voici un tableau plus significatif encore :

156	récidives se sont produites	avant la fin du premier mois.
382	—	entre le 2e et le 7e mois.
150	—	entre le 7e et le 13e mois.
82	—	dans le cours de la 2e année.
25	—	dans le cours de la 3e année.
26	—	après 3 ans révolus.

Les exemples de récidive après trois ans ne sont pas rares dans la science ; on en connaît même qui ont apparu après vingt ans, ce qui, par parenthèse, laisse planer un doute justifié sur l'authenticité de n'importe quelle guérison prétendue de cancer.

Quant aux circonstances qui influent sur la marche des récidives, à part l'hérédité et les états diathésiques dont l'auteur ne s'occupe pas, de parti pris, on trouve que la fréquence des récidives semble être en raison inverse de l'âge des malades, et qu'elles sont rares après soixante ans.

La nature histologique du néoplasme a son importance incontestable. Les carcinomes squirrheux forment un contingent de cent soixante-trois dans les tableaux de M. Rieffel ; les encéphaloïdes donnent le chiffre de soixante-trois ; les colloïdes, rares au sein, n'ont fourni que six cas. Celle-ci est, semble-t-il, la forme la plus bénigne, celle qui a le moins de tendance à envahir les ganglions axillaires et dont l'évolution est la plus lente.

Ce sont les malades opérés avant toute infection ganglionnaire qui ont fourni les deux tiers des récidives multiples, ce qui semble indiquer que l'opération pratiquée dans ces conditions retarde la marche du processus carcinomateux. Sur deux cent quarante-huit cas de ce genre que comprend le travail de M. Rieffel, cent trente-quatre fois la récidive occupait la cicatrice, quarante-huit fois les ganglions seuls. Dans les autres cas, les récidives étaient réparties sur divers points variés et diversement combinées.

DU DIAGNOSTIC DES CHANCRES UTÉRINS,

Par M. Vasily Razumoff.

Ces recherches ont été faites à l'hôpital des syphilitiques de Moscou et ont porté sur 171 cas de chancre du col de l'utérus. (*Vratch*, 1890, n° 16.)

Parmi les prostituées le chancre mou a été noté dans 7,44 pour cent des cas, le chancre induré dans un pour cent. Parmi les ouvrières, ce rapport a été de 2,32 pour cent pour le premier, et de 1 pour cent pour le second.

Enfin, conclusions pratiques, M. Razumoff a constaté que le chancre mou du col utérin est rarement accompagné de bubons inguinaux ; que le chancre induré est accompagné de polyadénite inguinale dès le début, et que l'observation clinique ne justifie point l'as-

sertion de Martineau, d'après lequel la lymphangite, la lymphadénite et la péritonite pelvienne seraient fréquentes dans ces cas.

S. R.

SCARLATINE INTRA-UTÉRINE.

M. Herman a rapporté à la *Washington County medicale Society*, une observation intéressante de scarlatine intra-utérine avec survie de l'enfant. Voici le résumé de ce cas :

La scarlatine se montra dans une famille et atteignit successivement du 12 au 26 décembre, six enfants. Le 2 janvier, leur mère, qui était alors au huitième mois d'une nouvelle grossesse, fut prise de fièvre et des symptômes du début de la scarlatine ; elle avait également une hémorrhagie utérine.

Les choses restèrent en l'état jusqu'au 4 janvier ; ce jour-là, pour la première fois, se montra un commencement de travail, bientôt suivi de l'expulsion du fœtus et d'une délivrance normale.

L'enfant, né en état de mort apparente, put être rappelé à la vie et se développa ultérieurement d'une façon régulière.

Les suites de couches de la mère furent normales, quoiqu'elle eût par moment un peu de fièvre. Enfin elle eut une desquamation régulière.

Sept jours après sa naissance l'enfant, à son tour, eut une desquamation complète se présentant avec tous les caractères de la desquamation de la scarlatine.

M. Herman pense que l'enfant contracta la scarlatine pendant les derniers jours de sa vie intra-utérine ; cela ne semble pas douteux. Mais ce qu'il importe de faire remarquer, c'est que la contagion du fœtus semble avoir coïncidé immédiatement avec celle de la mère, et que, peut-être, l'observation actuelle pourra être un document utile pour l'histoire des infections intra-utérines.

BIBLIOGRAPHIE

L'Azote dans les eaux minérales, par le Dr JOSEPH MAZERY. Paris, 1890.

Hôpital thermal militaire d'Amélie-les-Bains (Exercice 1888-1889), par le Dr CHALLAN DE BELVAL, méd. princ. Le Villain.

La réforme de l'enseignement médical et des concours de médecine, par H. HUCHARD. Paris, 1890.

El cholera historia medidas profilacticas, etc., par E. BETANCÈS. Paris, 1890.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

244.— Utérus gravide, action du sulfate de quinine. — Dans une communication à la Société de médecine de Gand, M. le Dr Bertrand, de Vracene, examine l'effet que peut produire le sulfate de quinine pendant l'état de gestation. A ce sujet, l'opinion varie : les uns le regardent comme excitant ou croient qu'il est nuisible ; d'autres pensent que son action est insignifiante. L'auteur, dans sa pratique, a parfaitement suivi et examiné ce qui se passe à ce sujet, à toutes les périodes du travail, et il a été amené, après une rigoureuse observation, à formuler les conclusions suivantes.

Le sulfate de quinine :

1° Est sans effet sur l'utérus pendant toute la durée de la grossesse et incapable de produire, à lui seul, soit l'avortement, soit l'accouchement prématuré ;

2° Il occupe le premier rang comme excitant utérin pendant toute la durée du travail.

N.-B. — Il est à remarquer que : 1° pour obtenir de bons résultats du quinine comme agent excitant, il faut le donner à la dose d'un gramme, de préférence en une prise. En cas de nécessité, on pourrait élever la dose jusqu'à deux et trois grammes ;

2° Pour empêcher les vomissements que pourrait occasionner son extrême amertume, il est prudent de le donner dans une hostie ;

3° Enfin si l'accouchée se trouvait dans l'impossibilité d'avaler, on pourrait l'administrer en lavement ou en injection hypodermique.

(*Gaz. de Gyn.*)



245. — Traitement de la blennorrhagie chez la femme. — M. Schmitt (de Nancy) expose, dans la *Revue médicale de l'Est*, les localisations anatomiques de la blennorrhagie chez la femme et les traitements qui ont donné les meilleurs résultats.

La vulvite sera traitée par le repos au lit, l'application de compresses glacées et la cautérisation des érosions à l'aide d'une solution de nitrate d'argent au 20°.

Les abcès de la glande vulvo-vaginale seront incisés largement.

La vaginite serait plus fréquente que l'affirme M. Eraud. M. Schmit fait pratiquer, une ou deux fois par jour, des irrigations vaginales au bi-iodure de mercure au 10000e. A chaque lavage, on fait passer deux litres de liquide dans le vagin. Puis la femme étant couchée de telle façon que son bassin soit plus élevé que le reste du corps, on pratique une nouvelle injection au bi-iodure (solution au 4000e). Le liquide est laissé pendant quelques minutes dans le vagin. Après avoir ôté le liquide, on tamponne la cavité vaginale avec du coton imbibé de glycérine iodoformée, au début de l'affection. Plus tard on ajoute un peu de tannin.

L'écoulement vaginal disparaît après dix à quinze jours de ce traitement, si on a soin de traiter pendant cette période les autres localisations de la blennorrhagie.

En cas d'uréthrite, le nitrate d'argent sera avantageusement employé.

***

246. — Mélange contre les végétations des organes génitaux externes. (M. Ciro Urriola.)

Acide salicylique	2 gr.
Acide acétique	30 »

On badigeonne les végétations avec ce liquide, une ou deux fois dans les vingt-quatre heures, à l'aide d'un pinceau fin. D'après M. le Dr Ciro Urriola (de Panama), deux ou trois badigeonnages suffisent pour faire disparaître en grande partie les végétations ; la douleur serait insignifiante et fugitive, ce qui rendrait ce traitement préférable à tous les autres employés jusqu'ici.

***

247. — Traitement des kystes et abcès des glandes vulvo-vaginales, par le Dr Stéphane Bonnet (1). — Après un exposé anatomique très complet, l'auteur aborde successivement l'étude des kystes et des abcès. Tout en regrettant l'insuffisance des données d'anatomie pathologique et en particulier l'absence complète de description histologique, il admet qu'en dehors des kystes par

(1) Rapport de M. Paul Petit à la Soc. obst. et gynéc. de Paris, séance du 9 octobre 1890.

rétention, il en existe d'autres se rattachant au néoplasme ou à un trouble primitif de sécrétion d'origine constitutionnelle. Ce dernier mode pathogénique expliquerait la coëxistence fréquente chez la même femme, d'autres kystes génitaux, et en particulier des kystes de l'ovaire : nous ne pouvons que confirmer le fait clinique ; quant aux déductions qu'en tire l'auteur, elles sont d'accord avec ce qu'il rappelle lui-même des observations d'Huguier sur les rapports entre le volume de la glande et le fonctionnement génital, celui de l'ovaire en particulier. Le kyste du conduit excréteur serait beaucoup plus fréquent que celui de la glande ; ne dépassant guère le volume d'une noix, il siégerait à la base même de la petite lèvre faisant saillie sous la muqueuse du vagin ; son grand diamètre serait au début transversal. Le kyste de la grande lèvre siégerait entre l'entrée du vagin et la branche ascendante de l'ischion ; il pourrait acquérir un volume considérable.

L'auteur se déclare partisan de l'extirpation alors qu'il s'agit d'un kyste de la glande, lorsque l'évacuation par pression ou la ponction capillaire a échoué, alors qu'il s'agit d'un kyste du conduit excréteur. Il préfère la dissection de la tumeur au bistouri à sa destruction au thermo-cautère après évacuation du contenu ; il a vu pratiquer avec succès, par M. Doléris, la suture continue au catgut, sans drainage pour combler la plaie profonde et anfractueuse résultant de l'opération.

Cette manière de faire nous paraît être la meilleure, à condition de bien veiller à l'asepsie, d'employer du catgut très fin et de ne pas trop multiplier les points de suture, tout en comblant soigneusement toute anfractuosité ; elle assure rapidement l'hémostase. Nous l'avons mis nous-même en œuvre cette année avec grand avantage dans deux cas d'extirpation de kystes du corps glandulaire, volumineux et abcédés.

« Marche aiguë et rapide, suivie de récidives ou de passage à l'état chronique ou chronicité d'emblée avec chances de poussées aiguës : telle est, d'après M. Bonnet l'allure des abcès des glandes de Bartholin » qui proviennent de la suppuration d'un kyste préexistant ou de la propagation d'une vulvite, spécialement de la vulvite blennorrhagique. Aussi, étant donné les retraites profondes qu'offrent au coccus de Neisser les culs-de-sac des lobules, M. Bonnet, après avoir consenti à essayer de l'incision suivie de pansement anti-

septique pour un abcès bien limité au conduit, préfère enlever d'emblée l'abcès propagé à la glande.

Un troisième mémoire qui vient à l'appui du précédent, a trait à un cas d' « ablation pendant la grossesse des deux glandes vulvo-vaginales abcédées ». Nous avons suivi la même conduite que M. Bonnet dans l'un des deux cas auxquels nous faisions allusion plus haut chez une femme enceinte de quatre mois ; cette femme est heureusement accouchée à terme, de même que la malade de M. Bonnet. Ce sont là deux simples faits de plus à enregistrer en faveur de l'innocuité des interventions chirurgicales antiseptiques au cours de la grossesse. Je crois inutile d'insister sur les avantages de la conduite que nous préconisons au double point de vue de la dystocie et de l'infection. Je dois cependant faire observer que dans le cas de M. Bonnet, il eut à noter, pendant l'accouchement, une sécheresse particulière du rebord vulvaire du fait de l'absence des deux glandes et qu'il se produisit, au moment du passage des épaules, une rupture partielle du périnée ; mais l'auteur s'accuse lui-même d'avoir mis un peu trop de hâte dans le dégagement, pressé qu'il était de ranimer l'enfant.

FORMULAIRE

Traitement médical de l'endocervicite catarrhale (Formulaire n° 3) *Scarifications et topiques* (Jules Chéron).

Les injections vaginales et les pansements vaginaux sont insuffisants pour amener la guérison de l'endocervicite, au moins dans la très grande majorité des cas. Parmi les moyens qu'il faut leur associer, un des plus utiles sans contredit consiste dans l'emploi des scarifications du col.

Ces scarifications décongestionnent l'utérus et en particulier la muqueuse du canal cervical, elles font par suite cesser la tension et le boursoufflement de la muqueuse, cause de nombreux réflexes. Il ne faut pas oublier en effet que le canal cervical est la zône réflexogène par excellence de l'appareil utéro-ovarien. Ces scarifications divisent un certain nombre de petits vaisseaux et diminuent par conséquent

l'apport du sang vers la muqueuse malade. Elles ouvrent les petits kystes de Naboth qui, comprimant les tissus voisins sont une cause d'irritation persistante.

Les scarifications doivent être faites en s'entourant de précautions antiseptiques rigoureuses, à l'aide d'un scarificateur très aigu ; on les fera sous forme de ponctions simples, en nombre variable suivant le degré de congestion du museau de tanche, de façon à faire écouler 10 à 20 grammes de sang. On les répètera une à trois fois par semaine suivant les cas.

Un grand nombre de topiques solides et liquides ont été employés pour modifier la surface des ectropions et le canal cervical.

Le crayon de nitrate d'argent, trop souvent encore utilisé, n'agit que très superficiellement, obture les orifices glandulaires et donne lieu à la formation de kystes de Naboth. Ses inconvénients l'emportent sur les avantages qu'il présente ; c'est un moyen à abandonner.

Les crayons de sulfate de zinc, les crayons iodoformés, les crayons de sublimé laissés à demeure dans le canal cervical déterminent très souvent des douleurs d'expulsion très vives, quelquefois même ils donnent lieu à des vomissements ou à d'autres réflexes plus ou moins pénibles. Aussi, malgré les services qu'ils peuvent rendre, les ai-je complètement abandonnés.

Je ne me sers que des topiques liquides, portés à la surface du museau de tanche et dans le canal cervical à l'aide du porte-topique de Playfair.

Les plus recommandables sont les suivants :

1° Solution normale de perchlorure de fer.

2° Teinture d'iode pure.

3° Acide picrique en solution aqueuse saturée.

4° Résorcine à 20 ou à 40 %.

5° Chlorydrate de cocaïne à 10 % lorsqu'il y a des réflexes sérieux ou bien lorsqu'il existe une sensibilité locale excessivement vive.

Tous ces moyens ont une action antiseptique évidente que nous analyserons dans le prochain formulaire.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

TABLE DES NOMS D'AUTEURS

A

B

C

D

E

F

TABLE DES MATIÈRES

A

B

C

G

H

I

K

L

M

N

O

P

R

S

T

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.